

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

ETUDE SÉMÉIOLOGIQUE DU RÔLE DE L'ÉPREUVE
DE WEBER DANS LE DIAGNOSTIC DES MALA-
DIES D'OREILLES,

Par le Dr GELLÉ.

Mémoire lu à la Société française de laryngologie et d'otologie.
(Session d'avril 1888.)

Dans l'état physiologique, si l'on place un diapason vibrant sur le sommet du crâne d'un homme sain, et d'audition normale ; puis, si l'on bouche du doigt le méat auditif droit, par exemple, le son est perçu aussitôt à droite exclusivement.

Le son, qui était central, s'est latéralisé : c'est là l'expérience de Weber.

On a cherché à l'utiliser en séméiotique auriculaire, soit que l'affection otique donne lieu à une sensation unilatérale du son du diapason-vertex, soit que le son soit perçu au point de contact du corps sonore, sans être ni gauche ni droit.

Les troubles de l'audition de causes pathologiques coïncident, en effet, souvent avec la latéralisation du son apporté à l'oreille par les os de la tête ; mais cela n'est pas d'observation constante.

Comment se produit cette sensation latéralisée, droite ou gauche, du son transmis par un instrument posé sur le milieu du crâne chez l'homme entendant ? Peut-être cette notion clairement exposée aidera-t-elle à mieux saisir le comment du déplacement du son crânien ou solidien vers

l'une ou l'autre oreille par suite des lésions anatomo-pathologiques résultant des affections otiques.

Rappelons tout d'abord que l'orientation a lieu sur la sensation du maximum d'impression acoustique.

Du côté où le nerf auditif est le plus vivement impressionné, nous jugeons que le corps sonore est placé ; et notre attention se dirige là où la sensation se trouve ainsi latéralisée.

Par l'occlusion de l'un des conduits, par la pression de la pulpe du doigt, dans cette épreuve de Weber, on constate par conséquent un premier effet ; c'est l'accroissement momentané de la sensation auditive du côté oblitéré et pressé ; ce qui nous conduit à admettre que cette épreuve transforme pour un instant, et modifie les facultés conductrices de l'appareil sur lequel on agit, de telle façon qu'un maximum artificiel du courant sonore se trouve ainsi passagèrement créé.

Comment cela se produit-il ?

Nous le savons depuis les travaux de Lucæ et de Hinton, et mes études personnelles ; que l'on admette avec Hinton que l'augmentation est due à l'arrêt du courant sonore et de son écoulement au dehors, ou bien qu'avec Lucæ et autres on l'explique par l'effet d'une pression légère exercée ainsi sur l'appareil tympanique, il est remarquable que cette petite modification, si fugitive, imprimée à l'appareil acoustique, suffit à amener le forte, qui limite l'audition et détermine l'orientation unilatérale.

Il faut savoir que, sur l'homme dont les oreilles sont saines, il suffit de produire une modification très légère des conditions ordinaires de l'audition pour déplacer le sens de l'orientation au bruit.

Ainsi, on obtient la latéralisation droite du son du diapason-vertex par la seule adaptation d'un tube de caoutchouc de quelques centimètres au conduit de l'oreille droite ; si ce tube est bouché à son bout libre, l'effet est encore plus net. La poire de Politzer adaptée au méat auditif réalise aussi les conditions du renforcement du son et par suite du déplacement ou transfert de la sensation médiane du diapason-vertex vers l'un des côtés de la tête.

Dans ces cas, c'est à la résonance des cavités ainsi constituées et annexées à l'organe de l'ouïe que le renforcement a lieu certainement.

D'autre part, en adaptant à l'orifice auriculaire un tube de caoutchouc de 40 centimètres de long, à l'autre extrémité duquel est introduite la tige du diapason, qui pend en liberté, on constate que les vibrations sonores de l'instrument augmentent d'intensité aux plus légers pincements du tube de caoutchouc, qui amènent indirectement une exagération de la tension normale du tympan et de l'appareil de transmission. Ici, c'est par une action sur cet appareil conducteur des ondes sonores que s'explique le renforcement de la sensation, la production d'un maximum, et le déplacement de l'orientation, le corps sonore restant toujours sur le milieu du crâne.

C'est en réalité une illusion que l'on crée ainsi artificiellement. Je ne ferai que rappeler à ce propos les expériences nombreuses, au moyen desquelles j'ai démontré, après bien d'autres, mais par des procédés nouveaux, qu'une légère tension imprimée aux membranes tendues accroît leur conductibilité pour le son, tandis qu'une tension exagérée peut arriver à l'éteindre.

De cet exposé rapide il résulte qu'on doit admettre la dualité des origines du renforcement, d'où naît le déplacement latéral, et que tantôt il est dû à la formation des cavités de résonance, et tantôt à la tension ajoutée par la pression digitale auriculaire.

Ceci établi, l'expérience de Weber peut-elle être utilisée en séméiotique otologique ?

Si la mobilisation facile du son perçu, du diapason-vertex caractérise les oreilles saines, comment se comportent à ce point de vue les oreilles malades ? Quand le son est déplacé, mobilisé, qu'est-ce que cela veut dire au point de vue du diagnostic des lésions et de leur pronostic ? Quand l'épreuve de mobilisation ou de latéralisation est négative, qu'en doit-on conclure dans un cas donné ? Une première simplification pour débiter : l'occlusion du conduit a lieu par des bouchons de cire, par des corps étrangers, exostoses, etc., tous obstacles visibles à l'inspection ; et qu'il

est suffisant d'indiquer tout d'abord pour que l'élimination en soit faite d'ores et déjà.

Toutes les causes de résonance par lésions du conduit auditif externe sont ainsi négligeables. L'intérêt se concentre sur les faits où la latéralisation est due à des écarts de tension provoqués.

On remarquera que nous voici en plein dans le mode de genèse du déplacement du son du diapason-vertex par les lésions pathologiques tympaniques.

Cependant, il est telle affection de la membrane du tympan (épaississement) qui s'oppose manifestement à la sortie du courant sonore transmis par les os craniens, et cause le renforcement suffisant pour produire la latéralisation.

N'oublions pas, pour juger d'un cas semblable, que le plus faible relâchement de l'appareil conducteur du son est suivi aussitôt d'une enfonçure graduelle, proportionnelle de la chaîne des osselets, et que cet effet consécutif peut se développer jusqu'à l'immobilisation de l'étrier. Avant d'atteindre ces proportions, cette pression secondaire joue le plus grand rôle dans le résultat final, au point de vue de l'excitation du nerf labyrinthique aussi bien que de l'affaiblissement de la conductibilité de l'appareil; l'issue du son au dehors est par là également empêchée, et le son renforcé du côté malade.

Ces prémisses posées, étudions l'épreuve de Weber dans un cas pathologique donné.

Supposons un malade chez lequel le son du diapason posé sur le sommet du crâne est latéralisé à droite; et admettons que par l'occlusion ou la pression digitale de Weber sur l'oreille gauche le son soit susceptible d'être déplacé et de paraître venir de gauche.

En définitive, nous trouvons que la sensation est mobilisable par l'application du doigt; or c'est le cas dans l'état normal. C'est conclure que le pronostic est excellent, puisque les organes se conduisent comme à l'état sain, et que le déplacement du maximum unilatéral, d'origine pathologique, ne résiste pas à la simple augmentation d'intensité

sonore que cause à l'oreille gauche, saine, son occlusion avec pression au moyen du doigt.

La clinique nous montre une foule de cas de cet ordre ; et je m'empresse de déclarer que, de l'analyse des observations analogues, il est permis de conclure que, dans la majorité des cas, la possibilité de mobiliser le son du diapason-vertex, latéralisé ou central, a paru être l'indice d'une amélioration possible, rapide et franche.

J'ai pu constater de plus que, dans certaines observations, où, au début, la mobilisation était nulle, l'amélioration de l'affection auriculaire a coïncidé avec le retour de cette faculté de déplacer *ad libitum* le son du diapason-vertex, qui est une caractéristique de l'état normal.

L'analyse des faits cliniques est très instructive à cet égard et, d'autre part, elle montre combien il est vrai que la pression digitale, même légère, s'accompagne d'un effet de pression profonde, d'un accroissement de tension.

Certains faits pathologiques exagèrent pour ainsi dire le phénomène consécutif et rendent l'évidence d'un mouvement communiqué indiscutable.

Voici un cas bien probant à ce point de vue.

Observation (n° 910 bis). — Otite supprimée à gauche ; en ce moment, le diapason-vertex est perçu à gauche ; une fois la guérison de l'écoulement : montre à 55 centimètres à gauche ; montre à 1 mètre et plus à droite. Le diapason-vertex est alors perçu central ; mais si l'on presse légèrement sur l'orifice de l'oreille gauche, le son du diapason-vertex est latéralisé aussitôt à l'opposé, à droite.

Comment cela ? le tympan est mou, épais, mobile à l'extrême, et tout l'appareil avec lui, comme après une grave inflammation tympanique ; la pression digitale comprime le tout, éteint la conduction et immobilise l'étrier gauche ; l'oreille gauche est morte et la droite seule perçoit encore.

C'est bien là une action profonde qui a dépassé les limites ordinaires grâce à la mobilité et au peu de résistance des parties récemment enflammées.

Au reste, dans d'autres conditions, le tympan manquant, les osselets disparus, l'étrier étant à nu, libre, on ne constate

aucun effet analogue sous l'influence des pressions du doigt au méat (*Obs.* 1409).

Dans d'autres circonstances, j'ai pu observer un fait curieux; le son du diapason-vertex n'était pas perçu du sujet, mais l'apposition du doigt au méat auditif gauche le rendait aussitôt perceptible, mais rapporté à l'oreille gauche; par l'oreille droite, rien de semblable.

L'oreille gauche seule donnait des résultats positifs à l'épreuve des pressions centripètes et par celles des réflexes auriculaires, montrant une mobilité excessive, pathologique de l'appareil (*Obs.* 300).

Observation (résumée). — H... vieilles otites chroniques. $D-V=0$. Si je clos l'oreille gauche, perception immédiate de $D-V$ à gauche. Audition de la montre $=0$; du diapason bonne à droite et à gauche; en bouchant l'oreille droite, $D-V=0$. Épreuve des pressions centripètes, le diapason posé sur le tube qui unit la poire à air à l'oreille droite $=0$; épreuve des synergies binauriculaires ou des réflexes $=0$. La poire à air placée à gauche, le diapason posé sur le tube; extinction du son à chaque pression. Si le diapason est porté en face de l'oreille droite, le son perçu est à chaque pression atténué franchement; le sujet le dit spontanément. Les trompes sont perméables; la mobilité du tympan nette à l'otoscope et à l'inspection. Leur aspect opalescent; manche peu distinct; sécheresse générale; audition très inférieure et peu modifiée par le politzer.

De ces faits, on peut conclure qu'au moyen de la pression digitale, on produit une tension artificielle de l'oreille malade, qui tantôt accroit l'audition et d'autres fois l'affaiblit.

Incidemment, on remarquera qu'il y a là des indications évidentes pour le clinicien dans certains cas. Cette action est rendue indiscutable par l'analyse de quelques observations ou par l'accroissement des tensions, provoqué par la pression digitale; on a pu, à volonté, abaisser la sensibilité de l'oreille opposée (*Obs.* 1005), et ailleurs faire naître un bourdonnement également dans l'autre oreille.

La pression digitale met donc en éveil les synergies

binauriculaires et peut les rendre manifestes ou même les montrer exagérées par l'état morbide.

Par opposition avec les faits précédents, dans lesquels les écarts de la tension provoquée sont exagérés par le ramollissement et le relâchement des ligaments et des tissus tympaniques, on rencontre des séries de cas où la pression digitale est sans effet ; le son latéralisé ou non ne subit aucun déplacement à la suite.

Nous éliminerons tout d'abord les cas d'hémiplégie de tout ordre où la lésion est nerveuse, centrale, et par suite ne peut être modifiée par les changements apportés dans la tension des organes, d'ailleurs indemnes. Cependant il est bon de savoir que, par les pressions digitales sur le méat du côté sourd, on agit nettement sur l'audition de la bonne oreille, chez les hémianesthésiques hystériques entre autres.

Voici maintenant l'analyse de 55 cas de lésions auditives, examinées aussi au moyen des pressions et des occlusions digitales.

Dans un premier chapitre, étudions les faits où le diapason, appuyé sur le sommet de la tête, se trouve latéralisé et en premier lieu dans cette série, ceux qui offrent la latérisation du côté le mieux entendant ou le seul entendant, *cas où le son du diapason-vertex est latéralisé du côté sain ou le meilleur*. Tantôt la mobilisation est possible ; tantôt elle ne l'est pas. Voici un malade de ce genre avec mobilisation possible, c'est-à-dire chez lequel le son du diapason-vertex perçu d'un côté, par la meilleure oreille, peut cependant être déplacé à l'opposé par la pression digitale de Weber de ce côté.

Observation (résumée aux deux conditions strictement nécessaires à connaître ici) n° 293. — Diapason-vertex latéralisé à droite, où la montre est perçue à 40 centimètres, non déplacé par l'occlusion de la gauche où la montre est entendue à 2 centimètres seulement.

Si la pression digitale agit par pression sur les parties profondes et conductrices de l'oreille, l'absence d'aucun résultat ici doit être interprétée dans ce sens que la lésion est forte, l'enfonçure profonde, la mobilité nulle et la fixité pres-

que complète. En effet, rien ne bouge, rien ne se meut; tout déplacement vers le labyrinthe est nul ou peut être nuisible, exagérant peut-être la déformation et l'enfoncement des parties; aussi on voit à la lecture de l'observation tous les signes négatifs, et le traitement sans effet; le politzer n'a rien changé à cet état.

Autre observation (n° B, 882). — Le diapason-vertex est rapporté à droite; là la montre est entendue à 12 centimètres; si l'on clôt l'oreille gauche, le son reste toujours à droite; la montre est perçue à 3 centimètres à gauche.

C'est encore un résultat négatif dans un cas rebelle à toute intervention thérapeutique.

Autre observation (n° 576). — Le diapason-vertex est perçu à droite où la montre est entendue à 1 mètre. — L'occlusion de l'oreille gauche ne mobilise pas le son; à l'oreille gauche, la montre n'est pas perçue. L'oreille gauche n'éprouve aucun effet de cette épreuve; aucun traitement n'a pu améliorer la surdité de l'oreille gauche, l'appareil est déprimé, immédiat, soudé, fixé par une sclérose ancienne irrémédiable. Même gravité des lésions, même pronostic grave tiré de l'absence de mobilisation du son latéralisé du côté bien entendant.

Observation 760. — Diapason-vertex perçu gauche; M. à 2 centimètres; occlusion de la droite, pas d'effet; M. à droite non perçue.

Même pronostic; nulle amélioration; sclérose totale. Cependant on rencontre des cas de latéralisation non mobilisable au début et qui ont pu être modifiés par le traitement, ce qui enlève au pronostic son caractère absolu de gravité.

Observation 1. — Diapason-vertex perçu à gauche; montre à gauche à 8 centimètres; oreille droite close, pas d'effet; montre à droite à 1 centimètre. Après traitement sérieux, 25 centimètres à gauche et 12 à droite. Retour de la mobilisation du diapason-vertex toujours gauche.

Ces cas constituent un groupe pathologique très nombreux, et c'est un fait d'observation déjà noté par d'Espine, de Genève, que la gravité des surdités unilatérales très anciennes;

j'ajouterai, quand surtout l'autre oreille s'est conservée excellente.

La pression digitale rend évidente l'incapacité fonctionnelle qui résulte des lésions et permet de porter dès l'abord un pronostic fâcheux, mais non, je le répète, absolument, car le pronostic ne saurait se tirer d'un seul signe, ni même d'une surdité totale.

J'ai peu de faits dans lesquels, l'audition du diapason-vertex étant latéralisée du côté le meilleur, le son ait été reconnu mobilisable. C'est là encore un signe de lésion sérieuse et de curation douteuse. Cependant on peut en tirer cette autre conclusion que les affections bilatérales sont plus fréquentes que les unilatérales, à une période déjà avancée de la maladie.

Observation 732. — D. V. perçu à gauche ; M. à gauche à 2 centimètres ; occlusion droite ; mobilisation droite, où M. non perçu. — Dès que l'écart entre la capacité acoustique des deux organes n'est pas extrême, il est clair que les chances d'amélioration sont plus nombreuses.

Observation 795. — Diapason-vertex perçu à droite ; M. à 45 centimètres à droite ; occlusion gauche, mobilisation à gauche, où la montre à 20 centimètres.

Prenons maintenant les cas où le son du *diapason-vertex* est latéralisé du côté sourd, le moins entendant, du côté malade, et admettons d'abord l'impossibilité de le mobiliser.

Ici les observations abondent. Sur un ensemble de 29 faits pris au hasard, 25 fois le diapason-vertex a été trouvé latéralisé du côté sourd ; et sur ces 25 cas, le son n'a été reconnu mobilisable que 9 fois seulement par la pression digitale de Weber ; dans 16 cas, cela n'était pas possible.

Il faut immédiatement remarquer que sur les 9 cas mobilisables, 7 ont été rapidement et grandement améliorés ; un seul d'entre eux avait un bouchon de cérumen. Deux cas ont été réfractaires à l'épreuve de mobilisation, et ces deux faits se rapportent à des lésions que le traitement n'a pu modifier.

De plus, dans les 16 cas où on n'avait pu changer l'audition latérale du diapason-vertex tout d'abord, par suite du traitement, après un temps variable, 11 ont récupéré la mo-

bilisation, la possibilité de déplacer le son d'un côté à l'autre ; 5 sont restés non améliorés et sans qu'on ait pu constater aucun retour semblable.

Dans les autres faits qui servent de base à cette étude, le son du *diapason-vertex* était *central*, c'est-à-dire ni droit, ni gauche ; j'ai 21 cas de cet ordre.

La possibilité de mobiliser le son et, de central, le rendre latéral, ne s'est rencontrée que 6 fois. Dans ces 6 faits, 4 fois la guérison a été extrêmement rapide et nette ; en 2 cas seulement il y avait des bouchons de cérumen.

Dans les 15 observations où la mobilisation du diapason perçu central n'a pu avoir lieu, on constate que les affections sont bilatérales, avancées, scléreuses. Cependant, quelques faits montrent une audition d'un côté relativement bonne ; par exemple, la montre est perçue d'un côté à 65 centimètres et à 1 mètre même dans un cas, tandis que le son du diapason-vertex est toujours perçu central cependant.

Les inductions pronostiques que l'on peut tirer de l'épreuve des pressions digitales, dans les cas de cette série, sont plus aléatoires et inégales ; on trouve des cas incurables et d'autres qu'une action thérapeutique a paru modifier avantageusement. La valeur séméiologique du signe est alors moins nette ; mais l'absence de mobilisation reste toujours avec sa signification sérieuse au point de vue de la gravité générale des lésions otiques et de leur ancienneté.

Conclusions.

L'occlusion du méat par le doigt cause un léger renforcement du son que les sourds graves ne sentiront pas, mais que les sujets atteints de surdité récente perçoivent souvent encore.

La pression digitale du méat auditif se confond avec l'occlusion, mais agit sur l'appareil conducteur, jusqu'au labyrinthe. Elle peut mettre en jeu les réflexes binauriculaires ; mais elle n'est pas graduée ; elle est souvent inégale et difficile à bien exécuter ; elle est quelquefois mal supportée par le sujet. Malgré ces critiques, elle est d'une telle simplicité

qu'on a tout intérêt à l'employer; car elle a surtout rapport aux lésions de l'appareil conducteur des sons et peut renseigner, comme on l'a vu, en bien des cas, sûrement sur l'état des parties profondes, sur leur mobilité et sur le jeu de l'étrier même.

Il résulte, au point de vue du pronostic, des 55 faits analysés ici, que la possibilité de mobiliser, de déplacer le son du diapason-vertex constitue certainement un excellent signe pronostique, que le son soit latéralisé ou reste central. Cependant, l'action de la pression digitale, nulle au début, peut devenir effective plus tard, et l'observation montre que la réapparition de la mobilisation du son cranien coïncide avec la franche amélioration de l'état pathologique; quand celle-ci se fait attendre, la mobilisation reste impossible le plus souvent. Ce travail a pour but d'appeler l'attention des médecins otologistes français sur un signe délicat et pratique, capable de rendre de grands services, ainsi que l'ont, depuis longtemps, prouvé les travaux de Lucæ et les remarques de Politzer.

II

DES ESPÈCES LARYNGIENNES PHYSIOLOGIQUES ET PATHOLOGIQUES ET DE LEUR TRAITEMENT GÉNÉRAL

Par le Dr **SENAC-LAGRANGE**,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

En aucune question, l'étude et la connaissance de l'état physiologique anatomique et fonctionnel, par rapport à l'état pathologique, ne nous paraissent plus indispensables que dans l'histoire des espèces morbides qui occupent le larynx. Et cela, parce que le dynamisme fonctionnel, en physiologie et en pathologie, se confond, est un et même trouble, comme se confondent parfois objectivement, au grand préjudice de l'organe, l'aspect anatomique physiologique ou normal et l'aspect pathologique. C'est à cet ordre de faits que fait allusion Carl Michel, quand il écrit (1) : « Chez d'autres personnes qui, à la suite d'une violente

(1) *Du traitement des maladies du larynx*, traduit par Calmettes, p. 54.

inflammation des premières voies aériennes, avaient conservé un léger enrouement, on avait admis une laryngite chronique. *A l'examen, je ne trouvais ni sur les cordes ni ailleurs trace d'inflammation; par contre, les muscles des cordes étaient parés.*

« Je suis intimement convaincu qu'un bon nombre d'individus, par le seul fait qu'on a rapporté leur enrouement à un catarrhe, qu'on les a *badigeonnés* au lieu de les *électriser*, conservent une voix rauque pour toute leur vie.

« Un grand nombre d'individus (magistrats, professeurs, officiers, ecclésiastiques) venaient me consulter parce que leur voix était devenue enrouée et ne répondait plus à leurs besoins depuis des années; parce que la parole prolongée leur devenait difficile et douloureuse. Presque tous apportaient avec eux le diagnostic : laryngite chronique. Et cependant l'examen révélait que la muqueuse était normale dans tout le larynx, etc.

« Les chanteurs épuisés fournissent une catégorie particulière de laryngites chroniques... Ces chanteurs ont chanté trop tôt et ont été surmenés. » Ces citations suffisent pour le moment à bien poser le problème de l'intervention du physiologisme dans l'observation de la laryngite chronique. On n'est pas longtemps en effet à observer dans le champ des maladies laryngiennes, sans s'assurer que le jeu physiologique de l'organe, nous voulons dire la fonction, l'état physiologique, le dynamisme fonctionnel, en un mot, commande et recouvre toujours la lésion anatomique; que parfois, que souvent, plus souvent qu'il n'apparaît, il est même à lui seul toute la maladie. Ainsi compris, ce dynamisme en moins se présente à l'état de faiblesse, disons le mot, d'*atonie*, d'*asthénie*, et siège dans tous les éléments organiques de la partie à qui la fonction est dévolue. L'*atonie*, d'un autre côté, ne se comprend guère sans l'*asynergie*, et nous conserverions volontiers ce mot adopté par les auteurs du *Dictionnaire encyclopédique*, s'il ne préjugait que la faiblesse, alors que l'*asynergie* d'un ensemble de parties peut autant dériver de la force que de la faiblesse : ainsi qu'il est démontré dans l'exemple qu'on établit avec l'*ataxie locomotrice*, où l'on voit des muscles vigoureux incapables cependant d'équilibrer leur contraction. Nous préférons les mots *atonie*, *asthénie*, parce qu'il expriment ce qui est d'observation un défaut, la faiblesse.

A cela près, le sens dans lequel nous le prenons ne diffère pas de celui que lui donnent Krishaber et M. le professeur Peter, qui définissent l'*asynergie* vocale, pour nous, l'*atonie* vocale. « un trouble de la phonation, résultant du défaut de contraction coordonnée et suffisante des muscles phonateurs du larynx ». Tout ce que disent ces auteurs sur l'action synergique et coordonnée des muscles constricteurs et tenseurs de la glotte, sur la

nécessité de leur équilibre varié, pour fournir les caractères de la voix parlée comme de la voix chantée, et toutes les nuances qui en dérivent et qui relèvent de l'art, tout cela, disons-nous, est en tous points exact, et on ne saurait mieux dire.

I

Il est donc un dynamisme fonctionnel, faiblesse ou force relative propre à chaque organe, qui établit ce que Leibnitz comprenait sous le nom de *substance* de l'organe.

Le dynamisme a son substratum anatomique normal; il s'est présenté à nous, dans nos examens laryngoscopiques, sous les aspects objectifs suivants, dans des conditions données de température et d'état constitutionnel :

Chez des métis lympho-arthritiques, c'est-à-dire issus, d'un côté d'un lymphatique, d'un autre d'un arthritique, mais le lymphisme dominant, les diverses portions du larynx se sont présentées ainsi :

1° du côté des cordes vocales.

Comme couleur : couleur nacre plus ou moins éclatante, couleur ivoire clair, ivoire gris, terne, ivoire rose, rose rouge uniforme, rose foncé et se confondant alors avec la couleur de la muqueuse périphérique, soit ivoire sombre. Ceci dit, soit pour les cordes vocales inférieures, soit pour les supérieures, les premières ne diffèrent pas ou peu des secondes.

La couleur rose nous a paru la plus ordinaire; en second lieu la couleur ivoire clair; puis la couleur nacrée.

Souvent une corde vocale est ivoire poli, la correspondante ivoire sale, et cela indifféremment pour la fonction. Parfois, dans la même corde à nuance grise, cette nuance s'accroît vers les attaches antérieures.

La grosseur relative des cordes, la forme ronde ou tranchante de leur bord libre, ne m'ont paru avoir d'influence que sur le timbre de la voix bas ou élevé.

Sur ces cordes ainsi nuancées peut apparaître, sans dommage pour la fonction, un léger faisceau vasculaire pénicillé, soit vers la partie médiane, soit vers les attaches antérieures.

2° Replis aryéno-épiglottiques.

Ici les différences, en s'accroissant, ont un sens plus défini... Les replis se montrent soit d'un rose pâle, se fondant assez bien avec la couleur de la corde vocale, soit d'un rouge cerise humide. La couleur rose violet se présente le plus souvent avec un léger œdème ou épaississement. D'autres fois, c'est un rouge plus sombre encore. Dans un cas de gravelle héréditaire,

où l'arthritisme par conséquent l'emportait, la muqueuse était d'un rouge vermillon vif, sans le moindre épaississement.

3^e Epiglotte.

Sur l'épiglotte, les caractères s'accusent et par conséquent se résument et se contrôlent mieux encore : tantôt le fibro-cartilage apparaît, avec sa couleur normale, ivoire blanc, ivoire gris, ivoire rose uniforme, avec la régularité de ses bords et de ses faces. A peine quelques vaisseaux artériels traversent son aire. C'est un des aspects qui appartiennent aux blonds lymphatiques, aux femmes à teint frais. — Quand sur la base de la langue, en avant du repli glosso-épiglottique, se rencontre un paquet de *veines variqueuses*, soyez sûr que de nombreuses manifestations arthritiques ont paru par ailleurs, existent ou vont se manifester. C'est donc un signe qui a sa valeur dans l'espèce.

Dans un second aspect, la vascularisation artérielle couvre le champ entier de l'épiglotte, la face postérieure surtout, et le fibro-cartilage n'apparaît plus que par petits flots ou points blancs, roses, rose rouge. C'est la forme érythémateuse physiologique, analogue, à quelques points près, à la forme de même nom pathologique de l'angine érythémateuse, remarquable surtout par l'injection des piliers, puis du voile du palais, de la paroi pharyngienne, s'accompagnant de douleur. — Cet aspect appartient aux *lymphatiques forts*, à *tissus blancs et épais*, à *réaction congestive*, mais *chaudes*, et ayant fourni ou présentant quelques manifestations arthritiques, aux *lympho-arthritiques*, en un mot, chez lesquels lymphisme et arthritisme se balancent à peu près, tout comme pour l'angine érythémateuse.

Un troisième aspect est propre aux lymphatiques. — Le chorrion de la muqueuse, épais, cache entièrement la couleur du fibro-cartilage, de même qu'il masque le vaisseau et l'élément glandulaire, en sorte que l'épiglotte apparaît uniforme sous forme de *chair rouge*, à couleur tirant sur le sombre. Identique se montre la muqueuse pharyngienne, dont l'épaisseur normale avec replis en bandes verticales ne laisse plus voir par transparence ni les vaisseaux ni leurs saillies glandulaires.

Tel est l'état anatomique normal, relevant dans ses caractères variés de la notion d'*espèce constitutionnelle*. Un état fonctionnel normal peut lui correspondre. Mais avec un dynamisme en moins — et c'est là la caractéristique du lymphisme — on a des troubles fonctionnels en rapport. Ces troubles fonctionnels surviennent dans toute condition où cette résistance en moins est en jeu. D'abord, c'est la fatigue fonctionnelle rapide de l'organe provoquée par la parole chantée ou parlée, surtout pour peu que le ton s'élève. On sent qu'un repos relatif s'impose et que

le jeu fonctionnel ne doit pas s'éloigner d'un exercice modéré qui joue alors le rôle de tonique, car le repos forcé ou outre-passé produit le même effet que la fatigue : voilà pourquoi la voix du matin est principalement enrouée, et pourquoi cet enrrouement diminue et disparaît par les premiers exercices de l'organe. La fatigue de la journée établit l'enrouement du soir, que la stimulation ou l'excitation des repas défait ou ramène. Agit de même, toute cause stimulante ou dépressive, encore que, le degré de stimulation dépassé, l'action dépressive s'ensuive. Souvent nous avons vu un verre d'eau sulfureuse, un bain local, éclaircir la voix; plus souvent nous l'avons observée enrouée après un gargarisme, la même dose de boisson, une douche nasale; disparaissant pour quelques heures après une douche générale, acceptée cependant de l'organisme comme température et comme durée. Une température lourde, un vent chaud, une promenade un peu forte, une émotion, agiront également comme dépressifs. A plus forte raison quand deux causes unissent leurs effets. Nous connaissons un major à qui le commandement sur le champ de manœuvres est impossible par le temps frais ou humide, et qui finalement a dû rentrer dans l'administration du régiment. Tel avocat peut d'autant moins continuer sa plaidoirie que la température de la salle chaude le provoque à des sueurs profuses qui rendent sa muqueuse laryngienne d'autant plus sèche, et par le fait la parole plus difficile. La fraîcheur du soir en été, le vent de la mer, et en hiver le froid, et surtout le froid humide, restent les ennemis de tout larynx atone.

Dans ces conditions, rien d'extraordinaire que l'aphonie se présente dans le moment et le cours d'une grippe et persiste un mois, deux mois, et que dans l'évolution d'un état catarrhal l'aphonie intermittente vienne remplacer l'aphonie continue.

Au surplus, l'individualité paraît jouer souvent, pour ne pas dire toujours, le premier rôle vis-à-vis les occasions morbides.

Il est une atonie de la fonction, modérée, de premier degré, qui ne se traduit que par les phénomènes de la voix couverte de temps à autre, sous des influences doubles ou multiples plutôt que simples. Parfois nul phénomène ne trahit l'atonie; il n'y a que les apparences qui traduisent le tempérament. C'est cependant à ces apparences d'état général constitutionnel qu'il faut en référer. Il me souvient avoir donné mes soins à une grande chanteuse d'un des premiers théâtres d'Italie, qui venait plutôt reposer que soigner sa voix près de nos sources. Grande, forte, au teint mat, elle avait l'habitus extérieur d'une lymphatique. Rien de particulier ne signala son traitement, toléré dans tous les degrés par l'organe vocal... A quelque temps de là, chantant à la cour d'un pays voisin, au milieu d'un morceau, sans avoir

le moindre sentiment de fatigue, sa voix soudain se brise, et depuis elle n'a à son service que la voix parlée.

Dans un second degré, la voix se couvre plus facilement, s'enroue, s'éraille et reste telle à l'ordinaire; et la fatigue de l'organe développe en même temps des sensations de chaleur, de brûlure, des picotements laryngiens; des phénomènes plus particuliers d'espèce tels que constriction laryngienne, etc.

Dans un troisième degré, l'aphonie est de règle, aphonie continue, intermittente, rarement avec rémission. Liée le plus souvent à l'origine d'un catarrhe laryngien, elle se continue dans son évolution, et ne cesse qu'avec la guérison, après deux et trois mois.

Mais la parésie ou la paralysie fonctionnelle, que ces deux derniers degrés traduisent plus spécialement, se reconnaissent et se contrôlent mieux au laryngoscope. L'examen au miroir laisse voir des cordes qui tantôt ne viennent pas entièrement au contact, laissant entre elles un espace d'environ 1 à 2 millimètres, tantôt se rapprochent bien, mais sans force, sans tension. A ce fait, se joint souvent la dilatation particulière de la glotte. Ainsi s'accusent plus ou moins, et à des degrés divers, la parésie ou paralysie soit des adducteurs, soit des abducteurs.

« Je signalerai, écrit Isambert (1), une complication assez fréquente de l'herpétisme ou arthritisme pharyngo-laryngé; c'est un certain degré de *paralysie incomplète* des cordes vocales... On note, en effet, surtout chez des sujets présentant des dermatoses ou de la gravelle urique, des aphonies que l'on attribue volontiers à des répercussions inflammatoires sur les muqueuses internes... En étudiant plusieurs de ces cas, j'ai trouvé les cordes vocales parfaitement blanches, indemnes de toute inflammation, mais en revanche ne pouvant plus s'affronter exactement pour la phonation, et laissant entre elles soit un espace triangulaire à la commissure postérieure, soit un ménisque à la partie moyenne des cordes vocales, comme dans les cas de tension imparfaite par suite de la paralysie des muscles constricteurs. Ces paralysies sont passagères, elles guérissent assez bien par un traitement général, par des toniques et par l'électrisation des cordes vocales. A quoi sont-elles dues? L'intégrité des cordes vocales, la manière dont la maladie survient et disparaît, nous empêchent de croire à une lésion diathésique des muscles ou des articulations du larynx... »

Ayant observé chez des hybrides lympho-arthritiques, Isambert mettait cette paralysie et l'aphonie résultante sur le compte de l'arthritisme, du fait qu'une manifestation arthritique du moment se présentait ou s'était présentée alors que le lymphatisme individuel sommeillait comme manifestation morbide, réduit à

(1) *Ann. mal. larynx*, p. 207.

un physiologisme normal, ou que sa manifestation morbide ne provoquait pas l'attention!

Mais si nous avons l'atonie, aurons-nous le spasme? Pour que la division en espèces soit rigoureuse et acceptable, il importe que les qualités fonctionnelles qui recouvrent les états anatomiques, physiologiques et morbides se présentent dans leur opposition. Si l'atonie et les formes sous lesquelles elle se traduit, parésie et paralysie, sont évidentes, non moins évidentes, non moins nécessaires, sont, la qualité en plus, l'excès de ton opposé à l'atonie et sa forme ordinaire, le spasme ou contracture.

Et de fait, en dehors de son existence comme symptôme secondaire, accessoire, le phénomène s'est élevé au rang d'entité morbide et a servi à créer la maladie, *spasme* de la *glotte*, *laryngite striduleuse*, etc. Si le processus plus spécialement inflammatoire ou nerveux le provoque, la fatigue fonctionnelle n'est pas sans en être quelquefois l'occasion. Schech, de Munich (1), rapporte un cas d'aphonie spasmodique grave dans ces conditions, et ce qui donne à son observation un intérêt particulier, c'est que, lors de la production de cet état spasmodique, on pouvait encore constater la présence d'*hyperhémie* érythémateuse des replis ary-épiglottiques.

Même quand le symptôme ou le syndrome paraissent s'isoler le plus, figurer une entité comme dans le vertige laryngé, l'hystéro-épilepsie, ou dépendre de la lésion comme dans l'ataxie locomotrice, le rapport du phénomène et de la lésion avec la cause constitutionnelle qui l'engendre ne fait pas défaut. Qu'on lise la première observation de vertige laryngé, communiquée à la Société de Biologie par M. Charcot (1876). C'est un gouteux de 55 ans. En 1878, deux autres observations du même auteur : sujets de 40 et 45 ans, atteints d'*asthme* compliqué de bronchite!

Dans l'ataxie, que voit-on le plus souvent? Sur des larynx tantôt normaux, tantôt érythémateux, on observe des cordes vocales très rapprochées et ne pouvant s'écarter au moment de l'inspiration, en un mot soit une paralysie des dilateurs, soit une contracture des adducteurs (2).

Il y a plus. Dans l'histoire de l'ataxie, il est des incidents qui se dégagent de la lésion, pour se rapporter plus particulièrement à la cause constitutionnelle.

Tel est le cas de M. Huchard, rapporté dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx* (t. XI, p. 123), et dont nous donnons un résumé. « Il s'agit d'un ataxique qui présente les

(1) *Ann. mal. larynx*, t. II, p. 39.

(2) *Ann. mal. larynx*, t. IX, p. 258.

signes les plus évidents de la maladie... C'est du reste un arthritique! Qu'on en juge : athérome artériel, bruits cardiaques sourds! Sans compter son ataxie. La médication iodurée n'avait pas été essayée : on l'essaye. Les premières doses provoquent le catarrhe auto-oculaire ordinaire. — Suspension, puis reprise du médicament. A la dose, qui est devenue croissante, jusqu'à 1 gramme, catarrhe pharyngo-nasal, tuméfaction oculo-palpébrale et de la luette, sécheresse laryngienne, enrouement, dyspnée. Au laryngoscope, on voit les aryténoïdes tuméfiés et on constate que les cordes vocales sont dans un état de spasme intense qui nécessite la trachéotomie. La tuméfaction aryténoïdienne, le spasme, mirent quinze jours à disparaître sur la cessation complète du médicament... — Jamais le malade n'avait éprouvé aucun trouble de la phonation ni de la respiration avant les accidents d'iodisme! Ce que nous avons dit du spasme, nous pouvons le dire de l'hyperesthésie, phénomènes analogues juxtaposés entre eux et opposés vis-à-vis leurs parallèles, paralysie et anesthésie.

Comme le dynamisme local est un reflet du dynamisme général, le moyen d'arriver au premier est encore de s'adresser au second! Toute médication qui aura pour but le soutien de ce dynamisme sera donc générale, et le fait de médications minéro-thermales, sulfureuses en particulier. Le mode d'action de la médication sulfureuse est l'excitation, qui aboutit, dans des conditions vitales normales ou voisines de la normale, à la stimulation, à l'action tonique, et dans les conditions opposées, à la perturbation.

Aussi, chez les uns, les moins affectés, ceux-là qui ne présentent qu'irrégulièrement les phénomènes de la voix couverte, l'action tonique se montre d'emblée, à froid.

Quand les résistances s'amoindrissent, mais persistent cependant suffisantes pour permettre des actions thérapeutiques, l'action excitante et stimulante apparaît locale et générale; locale d'abord : c'est une chaleur laryngienne suivie bientôt de cuisson, de picotements, d'enrouement, de besoins de hemmer, précédant un sentiment de force fonctionnelle accrue. — C'est là le bénéfice de la médication interne donnée avec les ménagements voulus! Quand les moyens externes s'ajoutent, quelque prudente que soit leur intervention, leur effet général n'est pas sans produire un retentissement particulier.

Somme toute, comme c'est toujours à la stimulation qu'il faut en appeler et que celle-ci ne peut être exactement mesurée par le moyen médicateur, l'excitation de celui-ci n'est pas sans rendre d'abord la voix couverte, sans produire même l'aphonie, aphonie de courte durée qui, dans nombre de cas, ne survit pas à la douche ou qui est de quelques jours et qui disparaît sous l'influence du repos, l'action stimulante, qui paraissait dépassée,

ayant pu aboutir à l'action tonique. C'est le moment du réveil de phénomènes plus particuliers d'espèce, constriction, spasme laryngien, douleurs rhumatoïdes, névralgiques, etc.

Quoi qu'il en soit, et sur ce mélange d'excitation, d'action tonique irrégulière, la voix peut se faire couverte, éraillée même, mais le patient a conscience que son dynamisme vocal devient meilleur, et de fait la voix retrouve rapidement sa force comme son timbre.

A mesure que s'atténue l'échelle de résistance, que l'atonie se présente à un degré inférieur, le retour de la voix sur une médication de plus en plus ménagée s'obtient après une, deux, trois aphonies du moment. L'action perturbatrice peut être seule évidente, atteindre le système des forces, le système digestif, et pendant plusieurs jours. J'ai toujours vu l'état général ainsi affecté se retrouver sur un repos prudemment ménagé, sur une médication aussi prudemment reprise; le redressement des fonctions digestives, des forces, se faire, et si le retour de la voix s'est fait attendre, je ne l'ai vu manquer, sous l'action directe de la médication générale, qu'une seule fois, celle-ci acceptée du reste à froid dans ses moyens les plus stimulants — tant les cas personnels varient à l'infini. En d'autres temps, on a observé le retour de la voix un mois et plus après le traitement thermal.

A ce degré même, nous relevons encore un réveil de phénomènes arthritiques.

L'excitation des eaux n'est pas sans agir localement en action substitutive : le voile du palais devient érythémateux; le vestibule, rose tendre, accentue sa couleur. De même au miroir, nous avons vu, dans les trois fois que nous avons observé un écart de 1 à 2 millimètres, les cordes vocales reprendre leur contact et leur augmentation de tension s'accuser par des éclats de voix passagers, intermittents, puis de plus en plus durables.

D'autres muqueuses, telles que la muqueuse nasale, du pharynx, montrent ces mêmes modifications d'espèce, c'est-à-dire les qualités en moins ou en plus que dévoilent principalement leurs caractères objectifs.

Cette lésion fonctionnelle qui se traduit en atonie, en parésie, voire même en paralysie, se montre-t-elle isolée? Sans doute, mais rarement. Car, comment supposer qu'un dynamisme en moins d'une fonction, *effet en rapport avec sa cause*, ne résume pas la faiblesse relative de l'ensemble des éléments adaptés à cette fonction? Et quel est l'élément le plus répandu — étant un des plus utiles — dans l'arbre laryngo-bronchique, si ce n'est l'élément glandulaire! Et d'un autre côté, si le propre d'un élément affaibli dans ses qualités actives ou vitales, et par conséquent dans sa résistance, est de passer du mode physiologique au mode pathologique, on comprend sans peine et que

l'élément glandulaire soit le premier affecté, et qu'il conçoive l'état morbide sous sa forme la plus commune, le catarrhe; non pas seulement le catarrhe aigu plus ou moins généralisé, dont je n'ai pas ici à m'occuper, mais le catarrhe chronique plutôt spontané que faisant suite à l'état aigu, et pour cela plus localisé, aussi plus latent qu'apparent, marquant mieux le passage de l'état physiologique à l'état pathologique; à tel point qu'alors même qu'il existe il n'apparaît pas. C'est que, pour apparaître avec tous ou la plupart de ses caractères, il faut qu'un ensemble de qualités actives naturelles ou acquises préside à sa manière d'être. En l'absence apparente et relative de ces qualités, la médication sulfureuse thermale les ranime, les excite de façon à accuser le catarrhe au moins par ses phénomènes de sécrétion.

Sécrétion aqueuse ou compacte, celle-ci sous forme de grumeaux ou globes muco-purulents ou visqueux, séparément ou tour à tour, suivant le degré de l'excitation de la glande, la façon dont elle conçoit le catarrhe et s'en dégage, tel est le résultat de la médication thermale. Il s'y joint bientôt des phénomènes consécutifs d'excitation locale, chaleur, gêne, chatouillements, besoins de hemmer, toux courte, répétée, puis voix catarrhale.

La guérison dans ces conditions s'obtient : 1° à froid, c'est-à-dire que tous les phénomènes disparaissent d'eux-mêmes et d'emblée et que la voix gagne en force, en étendue, en clarté; un dilettante de nos amis retrouvait près de nos sources sa voix de tête et gagnait largement une note; 2° sur un mode aigu ou subaigu de catarrhe généralisé aux muqueuses pharyngo-nasales et de soulèvement fonctionnel plus ou moins général dont les symptômes ont toujours un caractère d'espèce, asthme naso-bronchique, dyspepsie, poussées furonculaires, prurits localisés, excréments d'acide urique, fièvre thermale, catarrhe utérin intestinal, insomnie, etc.; 3° sur un mode dépressif fait d'aphonie intermittente, de perte des fonctions digestives, de fatigue musculaire, etc., suivant que les tissus, organes et systèmes trouvent une excitation à leur mesure ou qu'ils la dépassent de par leur faiblesse originelle.

Le rapport entre la phénoménalité générale et locale est une confirmation de plus de la cause constitutionnelle *simple* ou *double*, qui préside à l'évolution physiologique et morbide de l'être.

Et, en effet, il est, il importe de le dire, des oppositions entre l'état anatomique plus ou moins normal de telle ou telle partie du larynx. — Ainsi, rien de plus fréquent que d'observer un vestibule laryngien *rose pâle* et une épiglotte *rouge vif injecté*, avec un état *variqueux* de la base de l'épiglotte. Cette opposition existe encore entre l'aspect objectif du tissu et le fonction-

nement de l'organe. — L'atonie laryngienne, se traduisant en fatigue fonctionnelle, s'observera avec un vestibule rose vif et une épiglote traversée de vaisseaux variqueux.

Même opposition dans l'évolution naturelle ou sous l'action thermique. Et pour rester dans le catarrhe ! Celui-ci peut se traduire en sécrétion mucopurulente, mais aussi en sécrétion mixte, c'est-à-dire mi-purulente et visqueuse, — on connaît leur signification, — et le traitement sulfureux, en accusant le caractère visqueux irritatif, développe en même temps des phénomènes d'irritation locale (chaleur, cuisson, etc.).

Il me souvient d'un de mes jeunes amis qui, après des accès de coliques néphrétiques, fut pris de catarrhe laryngo-bronchique. — Expuition jaune homogène et, en même temps, légers accès d'asthme ! Ces derniers s'atténuèrent bientôt, et le mal dégénéra en phthisie torpide, qui l'enleva dans quelques mois. — C'était le descendant d'un arthritique et d'une lymphatique.

Dans plusieurs de nos observations, nous voyons un catarrhe évoluer de même, sans changer, il est vrai, de nature, et le traitement thermal provoquer de fortes fluxions hémorrhoidaires. — Nous constatons la même hérédité double.

Cette opposition entre les phénomènes n'a donc rien qui doive nous étonner !

Concluons donc que toute manifestation morbide, soit en elle-même, soit dans les phénomènes qu'elle soulève, porte le cachet de la cause constitutionnelle simple ou double qui la pénètre.

Concluons également que la manifestation morbide du larynx la plus ordinaire, et d'espèce soit lymphique, soit arthritique, est le catarrhe, catarrhe sur un fond de tissu normalement anatomique, épais ou disposé à l'épaississement, et dont les actes nutritifs et de circulation traduisent la lenteur et la passivité, chez le lymphatique ou lympho-scrofuleux, avec une atonie fonctionnelle en rapport ; catarrhe sur un fond anatomique d'érythème vif et normal, parfois granuleux, aux actes vitaux actifs chez l'arthritique, accompagné d'un état fonctionnel où la force domine, avec toutes les variantes que crée l'hybridité morbide.

L'érythème et les granulations, en d'autres termes la laryngite érythémateuse et granuleuse, rapprochés de la laryngite hyperplasique (Fauvel) (1), doivent être plus spécialement envisagés, comme établissant plus nettement et assurant les qualités d'espèce arthritique.

Une chose nous paraît d'ores et déjà résolue : c'est que l'état physiologique établit lui-même et représente des qualités d'espèce, et que l'état pathologique n'est que la représentation accrue, augmentée, de l'état physiologique. Pour dire plus exac

(1) *Traité pratique des maladies du larynx*, p. 872-878.

tement, l'état physiologique crée le type, l'état pathologique le continue en l'accroissant.

Et comment en serait-il autrement ! l'évolution physiologique serait donc une évolution sans cause et, par contre, sans direction !

Aussi, tout en reconnaissant la valeur de son travail, ne pouvons-nous accepter les vues de notre collègue et ami le Dr Ferras, quand, en 1886, il écrivait (1) :

« Théoriquement, il est facile de concevoir, et ensuite de décrire une laryngite chronique simple, une laryngite granuleuse, une laryngite hypertrophique, plastique, sous-muqueuse. Cliniquement, cela nous paraît moins conforme aux faits ; aussi, croyons-nous pouvoir réunir dans un même groupe les descriptions faites isolément de ces diverses variétés d'une même inflammation laryngée, qui nous paraît avoir été considérée aux diverses étapes de la même évolution.

« C'est, en effet, une question de plus ou moins d'intensité dans les symptômes physiques et fonctionnels d'une affection arrêtée, ou amendée par l'hygiène et la thérapeutique, ou abandonnée à elle-même, et passant alors d'une simple hyperhémie à répétition à une inflammation plus sérieuse, atteignant la muqueuse tout entière, qui s'épaissit, s'hypertrophie, subissant des modifications de texture et de forme, telles que les saillies granuleuses, qui ont valu son nom à une variété de laryngite, comme à une forme d'angine. »

On ne peut affirmer en termes plus explicites l'unité anatomique de la laryngite, et par contre nier plus péremptoirement leurs qualités d'espèce. Et cependant notre estimé confrère a pris pour texte de son travail : Traitement de la laryngite chronique arthritique.

Mais, fidèle à l'observation, il continue :

« L'affection dominante des malades était celle du larynx ; mais, avant et pendant l'évolution de cette dernière, diverses manifestations de même nature avaient eu lieu dans d'autres points du conduit aérien.

« C'est ainsi que nous avons noté, comme compagnon fréquent, pour ne pas dire inséparable, de la laryngite chronique, le coryza chronique, humide, plus souvent sec, avec expiration brusque, incessante, caprinine, qui neuf fois sur dix est de nature arthritique ou arthritico-herpétique, coryza bien rarement accompagné d'ozène, caractérisé par un épaississement et boursoufflement carmin ou vineux de la muqueuse, obligeant le malade à respirer souvent par la bouche, cause de ronflement, et plus tard d'angine chronique, souvent granuleuse, et par extension de la laryngite chronique.

(1) *Annales soc. d'hydrologie*, t. XXX, p. 416.

« L'angine, outre les caractères spéciaux propres à cette variété, présentait une inflammation chronique avec épaissement de la muqueuse, diffus chez les uns, partiel chez d'autres, avec bandes longitudinales hypertrophiques, contribuant avec les piliers, les postérieurs surtout, à rétrécir la cavité pharyngienne et à favoriser l'atrésie de la trompe d'Eustache, complication si facile et si fréquente du coryza chronique arthritique et de l'angine chronique granuleuse, généralement accompagnée d'hypertrophie des amygdales. »

On ne peut exprimer en de meilleurs termes les caractères du coryza arthritique lié le plus souvent à l'existence de la laryngite arthritique, l'opposé du catarrhe lympho-sérofuleux, celui-ci accompagné d'ozone. Quant à l'angine qui a été vue en même temps, c'est bien l'angine, sinon l'état physiologique du lymphatique!...

C'est donc sur des lympho-arthritiques que notre confrère a observé, présentant ici des manifestations arthritiques, là des manifestations plus spécialement de lymphisme, formes tantôt confondues, tantôt pas assez séparées entre elles.

Ainsi l'érythème, hyperhémie pour l'auteur, est parfaitement analysé sur l'épiglotte, dont *la forme est toujours conservée* : fines arborisations, injection plus diffuse, de teinte groseille ou plus foncée sur un bord épaissi; dans les cas anciens, injection d'un rouge brique ou vineux, quelquefois hémorrhagique.

Nous maintenons pour notre compte que, lorsque l'injection prend un caractère passif, elle accuse un cachet de lymphisme tout à fait spécial dans les cas d'épaississement de la muqueuse soit de l'épiglotte, soit des replis aryéno-épiglottiques.

L'élément glandulaire participe rarement à l'inflammation.

Bien moins que notre confrère, nous avons rencontré des cordes vocales supérieures d'un rouge vif cerise ou d'un rouge sombre avec épaissement! C'est dans les cas de phthisie laryngée, c'est-à-dire secondairement, que nous avons pu observer ainsi.

A l'hyperhémie près, que M. Ferras rencontre un peu plus souvent et un peu plus accentuée que nous, notre observation concorde avec la sienne pour ce qui est de l'aspect objectif fourni par les cordes vocales inférieures.

Notre confrère reconnaît sur celles-ci des mucosités catarrhales provenant du ventricule de Morgagni, mais il n'étudie pas de forme de laryngite catarrhale.

L'intervention de l'*asynergie* ne fait pas de doute pour lui, mais les altérations de la voix lui semblent dépendre bien plus des lésions qu'il observe. Quant au spasme, le mot n'en est pas même prononcé! Et cependant on ne conçoit pas plus le lymphisme sans atonie, que l'arthritisme sans spasme, c'est-à-dire sans force. L'auteur ne l'admet-il pas, implicitement du reste,

quand il écrit (p. 454, l. c.) : « On pourrait peut-être écrire avec raison que c'est à l'arthritisme qu'est due la solidité de la race humaine. »

En définitive, notre ami nous paraît devoir plutôt traiter la laryngite chez le lympho-arthritique, autant lymphatique qu'arthritique. Toutes ces descriptions sont parfaitement exactes; seulement, n'abordant pas l'étude comparative, les différences ne s'accroissent pas entre les deux espèces. L'auteur semble le reconnaître lui-même, quand, abordant le traitement, il se trouve bien obligé de modifier la médication thermique dans un sens plus ou moins excitant, chez ceux qui se montrent arthritiques et lymphatiques à la fois.

Les moyens locaux, au surplus, l'emportent sur les moyens généraux pour ce qui est de cette indication, car les modifications locales sont plus à rechercher.

L'action substitutive sous la forme de laquelle elles s'obtiennent s'accuse par le passage des teintes sombres aux teintes vives carminées, par la disparition des gonflements simples qui gênent les mouvements des aryténoïdes et le retrait des gonflements à tendance hyperplasique.

Notre distingué confrère n'a garde du reste dans son étude d'oublier l'examen de la cause héréditaire, pas plus que les antécédents personnels des sujets de son observation, pour donner une base sérieuse à la description des lésions qu'il décrit et leur imprimer leur cachet de nature.

(A suivre.)

Société française d'Otologie et de Laryngologie.

Séance du 26 avril 1888.

La séance est ouverte à neuf heures du soir, au palais des sociétés savantes, rue Serpente, 28.

Il est procédé aussitôt à l'élection des membres du bureau.

Sont élus pour l'année :

MM. BOUCHERON, président.

MOURE, de Bordeaux; SCHIFFERS, de Liège, vice-présidents.

JOAL, du Mont-Dore, secrétaire.

M. MOURE lit un travail sur l'Ozène.

Posant, dès le début, les bases de la question, l'auteur comprend l'ozène comme une affection non ulcéreuse, à concrétions

croûteuses, et élimine d'emblée les mauvaises odeurs non ozéneuses.

Il expose les différentes théories tendant à expliquer la production de l'ozène.

Zaufal donne, comme étiologie de l'ozène, un arrêt de développement des cornets d'où s'ensuivent une trop grande largeur des fosses nasales, une insuffisance de balayage par l'air expiré et la décomposition des matières.

C'est aussi l'opinion de Morell-Mackenzie.

Fraenkel attribue l'ozène à l'inflammation de la muqueuse pituitaire amenant l'hypertrophie, suivie elle-même d'atrophie, de catarrhe chronique et de décomposition des produits sécrétés amenant l'odeur.

Michel, de Cologne, croit à une affection des sinus.

Rouge voit la cause de la maladie dans une affection des os.

Ziem, en étudiant les précédents que l'on trouve chez les ozéneux, a vu, en 1882, un ferment de nature microbienne.

Løvenberg a découvert un microcoque.

D'autres ont vu une véritable atrophie de la muqueuse et des cornets, avec arrêt de nutrition des os et processus complet de rhinite scléreuse. Le tissu glandulaire disparaît, amenant à sa suite la disparition de l'ozène.

L'auteur, après avoir observé qu'il existe des fosses nasales élargies sans odeurs et que l'ozène n'a pas lieu après l'extraction des polypes, admet une théorie éclectique : il attribue donc l'ozène à l'inflammation des glandes des fosses nasales et des cavités accessoires, au catarrhe, au séjour prolongé des matières et à la présence d'un micro-organisme; cette théorie est à la fois glandulaire et microbienne.

Le pronostic diffère avec la théorie admise : incurabilité pour Zaufal; possibilité d'amélioration pour Fraenkel.

Le traitement est varié; quoique la maladie puisse disparaître avec la disparition des glandes, il faut, avant tout et surtout, combattre la mauvaise odeur; le traitement local est essentiel, le traitement général ne doit pas être délaissé.

Pour agir sur la muqueuse, on emploie surtout les douches nasales par irrigateur, syphon ou injecteur, suivies avec avantage de pulvérisations.

L'aspiration, les gargarismes rétro-pharyngiens sont moins actifs. Les tampons ouatés de Guérin sont gênants.

Les poudres et liquides antiseptiques, acide phénique, acide borique, chloral, acide salicylique, résorcine, viennent en pre-

mière ligne; puis les astringents : tanin, alun. Les solutions alcalines : le bichromate de soude, le borax, les eaux de Salies, les eaux sulfureuses, le chlorate de potasse, font disparaître l'odeur.

Le permanganate de potasse ne doit pas être employé; il tache le linge.

Le traitement doit être fait matin et soir, quelquefois plus, pendant des années. Chez une jeune fille, il faut continuer le traitement, après l'apparition des règles, pendant un an ou deux encore. Les époques menstruelles amènent souvent une recrudescence de fétidité.

Comme action plus active, dans certains cas, les attouchements de la muqueuse au nitrate d'argent au quinzième, la galvanocautique, le raclage et même l'enlèvement des cornets sont indiqués.

Une médication générale tonique : l'huile de foie de morue, l'iode de potassium, une saison à Salies-de-Béarn, les bains de mer, seront un adjuvant indispensable aux bons effets du traitement local. Dans tous les cas, il ne faut jamais se rebuter.

Discussion :

M. VACHER, d'Orléans, approuve les différents traitements énoncés par M. Moure et rappelle les bons effets de l'emploi de l'iode, du chloral, des eaux sulfureuses et du chlorate de potasse.

M. CHATELLIER, complétant l'étiologie et l'anatomie pathologique de l'ozène, est d'avis qu'il faut prendre à toutes les théories quelque chose : pour lui, à l'inflammation glandulaire, s'ajoutent le ferment et la putréfaction.

Il rappelle que Lœvenberg a décrit un microbe spécial : le *diplocoque encapsulé*, non retrouvé par Zaufal.

Pour M. Chatellier, l'ozène est une rhinite scléreuse; ayant eu l'occasion de faire, dans le service du Dr Gouguenheim, l'autopsie d'un homme de quarante-quatre ans mort de péricardite et ozéneux, il a pu étudier des lésions de la muqueuse nasale.

A l'ouverture des cellules sphénoïdales, ethmoïdales et de l'antre d'Higmore, un pus abondant, sans aucune odeur, s'échappa de ces cavités.

Les cornets inférieurs enlevés présentaient une hauteur de six millimètres dans leur milieu et se terminaient en queue de poisson; mis dans le liquide de Muller et soumis à des coupes, ils présentaient vers leur partie moyenne, sur la face regardant la cloison, une disparition complète des glandes.

M. Chatellier se demande si l'ozène guérissant avec les progrès de l'âge, il n'y a pas régénération glandulaire?

Il a vu l'épaisseur de la muqueuse malade égaler celle de la muqueuse normale. Y a-t-il atrophie?

La cloison examinée, chez le même sujet, montrait quelques glandes très rares et les caractères d'une simple inflammation.

M. NOUET, de Lille, admet la régénération de la muqueuse, et, pour lui, l'élargissement est insuffisant à expliquer l'odeur : il n'y a jamais ozène après extraction de polypes.

Il préconise comme traitement le chlorate de potasse.

M. COUPARD pense que les glandes se régénèrent par scissiparité, comme cela s'observe pour les organes de certains animaux.

Il a employé avec succès la gaze iodoformée ou salolée sous forme de lanières longues de 5 centimètres et larges de 1 centimètre et demi, qu'il place dans les fosses nasales et qui sont bien supportées.

M. RUAUT rappelle que M. le professeur Cornil a retrouvé le microbe de Lœvenberg, l'a cultivé dans la gélatine et reproduit en l'inoculant l'odeur caractéristique de l'ozène, odeur qui serait due à une ptomaine.

Luc, dans son mémoire sur l'ozène trachéal, a trouvé, aidé par Ledoux-Lebard, un microbe colorable par l'aniline et qui n'est autre que celui de Lœvenberg.

Il n'existe pas qu'une variété de microbes, il y en a plusieurs, et ce sont eux qui, pour chaque variété, donnent une odeur différente.

M. Ruault ne croit pas à la régénération de la muqueuse ni à la guérison. Dans trois cas, une amélioration très notable a suivi un traitement antiseptique. Les tampons imbibés de térébenthine sont également utiles.

Il emploie régulièrement le naphthol comme il l'a indiqué dans les archives de laryngologie.

Voici la formule :

| | |
|-------------------|-------------|
| Naphtol..... | 12 grammes. |
| Alcool à 90°..... | 84 — |

De ce mélange on met une cuillerée à café dans un litre d'eau tiède pour une injection. Chaque cuillerée à café représente 50 centigrammes de naphthol.

M. GOUQUENHEIM croit, comme M. Ruault, qu'il n'y a pas qu'un seul microbe ; il y en a plusieurs probablement. Par conséquent,

il n'y a pas qu'une cause de fétidité, mais de nombreuses. Elles n'ont pas toutes été trouvées.

De même l'odeur des différentes rhinites est différente, probablement suivant l'espèce du microbe.

La rhinite atrophique n'est donc pas toujours seule cause de la fétidité; celle-ci peut exister dans la rhinite hypertrophique, et quelquefois le même malade peut avoir simultanément de la rhinite hypertrophique d'un côté et atrophique de l'autre.

Quant à la dilatation des fosses nasales, même quand elle n'est pas une suite de la rhinite atrophique et lorsqu'elle est consécutive à des polypes du nez, elle a toujours été vue par M. Gouguenheim accompagnée de fétidité beaucoup moins accentuée que dans l'ozène et qui semblait causée par le séjour et la fermentation des croûtes.

Pour ce qui est du traitement de l'ozène, M. Gouguenheim est éclectique et pense que tout peut réussir, à condition que la médication ne soit pas trop rapide dans son action.

M. CHARAZAC, de Toulouse, mentionne des cas de malades ayant des croûtes et des bouchons, des élargissements et des hypersécrétions, sans que pour cela il y ait d'odeur.

M. BARATOUX insiste sur la différence qu'il y a entre les rhinites fétides et la rhinite atrophique. Il n'y a qu'une différence dans les microbes. C'est toujours le diplococcus de Lœwenberg qui produit l'ozène.

M. MOURE dit n'avoir jamais vu de malade à cavités élargies sans odeur.

M. RUULT termine la discussion en montrant qu'il ne faut pas confondre l'ozène avec les autres odeurs plus ou moins fétides.

M. CHARAZAC, de Toulouse, lit un travail qu'il intitule : *Observation de cancer du larynx. Considérations sur la laryngectomie.*

Un malade de 60 ans, à la suite d'abus de paroles et de tabac, est pris d'enrouements fréquents, puis d'aphonie. La perte de la voix devient bientôt complète, il existe des douleurs lancinantes au niveau du larynx, plus intenses le soir. L'état général est bon, le malade respire bien. L'examen laryngoscopique montre la corde vocale droite ulcérée et tuméfiée, et, du même côté, le sommet de l'aryténoïde et le repli aryténo-épiglottique sont congestionnés. A gauche, il existe également un peu de rougeur sur la corde vocale. Même chose sur l'épiglotte.

On donne le sirop de Gibert et l'huile de foie de morue.

Deux mois après l'examen, gêne respiratoire intense, accès de suffocation. A l'examen laryngoscopique, la tumeur forme une saillie rouge vineuse. Le malade a une expectoration sanguinolente.

On attend encore deux mois et l'on tente la cure radicale, la trachée est ouverte, la tumeur excisée. La récidive ne se fait pas attendre : la tumeur réapparaît, soulevant l'épiglotte, il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire.

Conclusions et considérations.

L'auteur cite cette observation pour en tirer des conclusions au sujet de l'intervention dans les tumeurs malignes du larynx.

D'après la statistique publiée dans un travail de Baratoux, sur 135 extirpations du larynx faites pour tumeurs malignes, il résulte que les deux tiers des malades meurent. L'ablation partielle du larynx est plus grave que l'ablation latérale ou totale.

La trachéotomie, pour Schwartz, peut donner un an et plus de survie.

Solis-Cohen est adversaire de la laryngectomie.

Avant d'intervenir, il faut tenir compte des indications. Il ne faut pas tenter l'extirpation après 70 ans ; de même si le malade est affaibli, s'il manque d'air, mais faire alors la trachéotomie.

Dans tous ces cas, et surtout s'il y a infiltration ganglionnaire, la récidive a toujours lieu.

Pour Butlin, le cancer extrinsèque au larynx est le plus mauvais, le cancer intrinsèque l'est moins au point de vue de la récidive et l'ablation partielle peut être plus favorable.

Le diagnostic avec la syphilis est parfois très difficile : ne jamais intervenir avant d'avoir donné, pendant un certain temps, un traitement antisyphilitique énergique. Et l'ablation décidée, intervenir de bonne heure.

Discussion.

M. RUALT ne s'étonne pas que la mort soit si fréquente après l'opération : on opère toujours trop tard ; le chirurgien qui voit la tumeur n'est pas laryngologiste et le plus souvent le laryngologiste n'est pas chirurgien. L'opéré, en règle générale, meurt de cachexie, et le diagnostic précis est le plus souvent très difficile.

M. MOURE, à l'appui de l'opinion de Butlin, a vu, dans un premier cas, un épithélioma étendu au larynx et au pharynx réci-

diver après extirpation au-dessous de la langue et dans les ganglions sous-maxillaires. Dans un deuxième cas, il s'agissait d'un cancer intralaryngien ; l'ablation fut suivie de succès.

M. Moure mentionne des opérations palliatives qui n'ont le plus souvent pour but que d'éviter une mort immédiate ou de prolonger quelque peu la vie ; parmi ces opérations : l'ouverture du larynx et le raclage.

Entièrement de l'avis de M. Charazac, M. Moure trouve les opérations, chez les vieillards, inutiles ; il a vu, à la suite du choc produit par la trachéotomie, se développer une insuffisance aortique.

Dans un autre cas de thyrotomie, la canule de Trendelenbourg ayant été laissée en place pour arrêter l'hémorrhagie, le malade asphyxiât ; on enlève la canule, le malade revient à lui ; on la remet en place, même série d'accidents ; ceci se reproduisit plusieurs fois et cette série d'accidents ne peut être due qu'à la compression des pneumogastriques.

M. COUPARD cite un malade qui, considéré comme atteint de cancer du larynx par des spécialistes français et allemands, fut néanmoins soumis au traitement antisypilitique puis trachéotomisé, et qui a fini par guérir par des injections de peptonate mercurique.

M. BARATOUX signale certaines statistiques faussées par l'emploi de la même observation employée 3 ou 4 fois sous forme différente, d'où s'ensuit un nombre considérable de succès facilement obtenus. Il donne quelques chiffres d'extirpation : totales, partielles et latérales, et fait le parallèle de ces opérations avec la trachéotomie.

Il mentionne des cas de survie de 2, 7, 9 ans.

M. GOUQUENHEIM, en présence de ces survies bien étonnantes, demande si l'examen histologique a été fait consciencieusement et si l'on n'a pas pris pour du cancer des choux-fleurs d'origine tuberculeuse ou des ulcérations syphilitiques sur un fond mamelonné.

M. BARATOUX affirme que l'examen a été fait et que les erreurs de diagnostic ont été écartées avec soin.

DEUXIÈME SÉANCE. — 27 avril 1888.

La séance est ouverte à 9 heures et demie du matin.

M. Miot commence la lecture des travaux par des *Remarques*

sur certaines obstructions nasales dépendant d'un épaissement du cartilage quadrangulaire de la cloison.

L'auteur, après un court historique dans lequel il montre que Trélat, Tillaux, Verneuil, Hunczel, des auteurs américains, Casabianca, Terrier, E.-J. Moure, etc., ont publié des observations de faits analogues, aborde l'étude de la question par le côté clinique.

Il divise les symptômes en subjectifs et objectifs.

Les premiers consistent en respiration buccale avec les inconvenients et les accidents inflammatoires provoqués du côté du gosier, de la trompe d'Eustache et de la caisse, en douleur, chaleur, cuisson et respirations ronflantes ; tous ces accidents se manifestent en général chez des enfants de 9 ans et demi à 11 ans et demi.

Les signes objectifs montrent une des narines diminuée de volume par une convexité qui y fait saillie ; la convexité appartient à la cloison et fait partie d'une tumeur, saillant vers le méat nasal antérieur, s'aminçissant vers le méat inférieur.

Cette tumeur touche le plancher des fosses nasales, et les mucosités qui l'environnent lui aident à oblitérer complètement la cavité nasale. Il n'est pas rare de voir l'épaississement s'accoler à la paroi externe de la cavité.

Si on touche avec un stylet, il existe une sensibilité assez vive, on a une sensation de résistance et on trouve des mamelons multiples.

La tumeur arrive jusqu'à la partie postérieure de la cloison ou s'arrête avant d'y atteindre, elle comprend tout le cartilage triangulaire. Elle ne peut se développer en haut des fosses à cause des résistances, mais se porte en bas et en avant.

Plus elle est volumineuse, plus le nez se dévie et se présente de travers, rappelant la forme d'un S italique.

L'étiologie de ces épaissements est rattachée pour Trélat à la syphilis, pour Verneuil à la scrofule. Dans les deux cas, il s'agit d'une périchondrite ; Duret l'a confirmé.

C'est chez les enfants à tempérament lymphatique que, spontanément, soit à la suite d'une chute sur le nez suivie d'une épistaxis abondante, apparaît la maladie.

Cette affection est rarement confondue avec un épithélioma ou un polype ; les déformations peuvent induire en erreur. On a vu confondre l'épaississement avec un épithélioma. Le mieux est toujours d'enlever une parcelle de la tumeur.

Le pronostic est favorable.

Le traitement est médical et chirurgical.

A l'intérieur, Trélat donne l'iodure de potassium et une médication générale.

Le traitement local et chirurgical comprend l'emploi d'instruments tranchants, de galvano-caustique chimique et de galvano-puncture.

Blandin enlevait des rondelles de muqueuse à l'emporte-pièce. D'autres font la dilatation avec de la laminaria. Quelques-uns emploient le bistouri.

M. Miot veut surtout insister sur la galvano-caustique chimique et la galvano-puncture.

Pour l'application de la première de ces deux méthodes, il a construit de petits appareils dont il montre les dessins ; sur un spéculum en bois, en verre ou en caoutchouc, se trouvent des bornes où peuvent s'appliquer les fils, et d'autre part un cercle métallique pouvant maintenir des plaquettes. Ces plaquettes sont construites de telle façon qu'elles ne soient en contact que par leurs extrémités avec la muqueuse, ailleurs un enduit isolant ou des ressorts les maintiennent éloignées.

On place ces plaquettes le long de la cloison. Le choix des pôles est important, chacun ayant un effet différent. Il est préférable d'employer des aiguilles pour mieux limiter les effets. L'auteur a fait construire un système d'aiguilles jumelles en acier ou en platine et des aiguilles isolées.

La durée de l'application doit être courte.

On observe des effets immédiats et des effets consécutifs.

Avec un courant d'une force de 15 milli-ampères, le patient éprouve des douleurs dans les régions circum-orbitaires, il a du larmolement, des phosphènes, il étourdit.

Avec 25 milli-ampères, il peut se produire une syncope.

Pendant l'application du courant, la muqueuse est pâle et contractée.

Consécutivement à l'opération, la muqueuse est congestionnée et souvent il y a une eschare.

Il faut espacer chaque opération de 10 à 15 jours.

La galvano-caustique chimique a donc des inconvénients qui peuvent être graves, elle détermine presque toujours une inflammation intense, c'est pourquoi l'auteur, préférant la galvano-puncture, la préfère de beaucoup à toute autre méthode : on en limite mieux les effets, les tissus se rétractent très vite, il n'y a point d'eschares, point d'inflammation, l'application est rapide et peu douloureuse, et les séances peuvent être plus rapprochées.

Discussion.

M. MOURE demande combien de séances sont nécessaires pour amener la guérison.

M. MIOT. Trois séances seulement.

M. BOUCHERON. Et l'état de la cicatrice ?

M. MIOT. L'escarre s'élimine, il se forme des bourgeons charnus et un tissu cicatriciel lisse : ceci pour la galvano-caustique. Pour la galvano-puncture, la cicatrisation a lieu sans bourgeons charnus.

M. GELLÉ demande s'il n'y a pas d'effet cicatriciel sur la cloison.

M. MIOT. Non seulement il n'y a pas cette crainte à avoir, mais encore le nez est redressé au bout de deux séances.

M. GELLÉ signale la facilité avec laquelle les ulcérations tendent à suppurer chez les enfants et les hémorragies qui suivent la moindre atteinte au cartilage.

M. MOURE l'exprime la difficulté que l'on a, chez les enfants, à pratiquer des résections.

M. MIOT met en garde contre l'erreur qui pourrait faire confondre des éperons osseux du vomer ou des déviations de la cloison sans épaissement avec des hypertrophies du cartilage quadrangulaire.

M. BARATOUX, qui devait lire un travail sur les sténoses nasales, profite de l'occasion pour signaler la concomitance de déviation de la cloison et de tumeur siégeant au même point. Il a des observations de cas analogues ayant succédé à des traumatismes et s'accompagnant de tumeurs adénoïdes. Avec la aminaria, il a vu ces tumeurs s'affaïsser. Il a pu, après anesthésie par la cocaïne, scier ces saillies.

Il mentionne également des déviations avec tumeurs osseuses et cartilagineuses.

M. MIOT dit qu'autre chose sont les déviations, les incurvations et les épaissements cartilagineux.

M. MOURE a employé la scie sans avantages.

M. GELLÉ lit un travail intitulé : *Étude critique de l'épreuve de Weber ou du transfert du diapason vertex suivant l'oreille close*, étude qu'il vaudrait mieux dénommer :

De la valeur séméiologique de l'épreuve de Weber dans le diagnostic des affections de l'oreille moyenne.

Voir ce travail en tête du présent numéro.

Discussion.

M. BOUCHERON fait remarquer que, dans cette question de pression, on a plus en vue la transmission que l'effet sur le nerf lui-même.

Il faut considérer la pression labyrinthique et l'anesthésie. L'état du labyrinthe et le nerf anesthésié par la pression ont des effets fonctionnels identiques.

M. GELLÉ. Il faut tenir compte du nerf inclus dans le labyrinthe, la plus légère pression du labyrinthe cause des vertiges et non de l'anesthésie.

L'hyperesthésie se manifeste avant l'anesthésie. Il y a une période d'éréthisme puis de rupture d'équilibre, l'anesthésie n'est qu'un fait consécutif.

M. BOUCHERON. Il se produit des phénomènes dynamogéniques et inhibitoires; la pression amène une excitation locale d'où procèdent ces phénomènes.

Le labyrinthe décomprimé, on a des phénomènes inverses.

M. GELLÉ. Le nerf acoustique n'est pas comparable aux autres nerfs. Si le limaçon est broyé il ne se produit rien. Le nerf jouit d'une véritable dualité. Dans les autopsies, la lésion du nerf manque le plus souvent. Il y a excitation plutôt que compression.

M. BOUCHERON. L'excitation et la compression sont identiques comme effet, la destruction est plus rare.

M. BOUCHERON. — *De l'épilepsie d'oreille comparée aux autres épilepsies.* — L'auteur signale l'épilepsie comme s'étant produite à la suite d'une action directe sur le nerf acoustique.

Témoin l'observation de M. Noquet, où un sujet sourd, atteint de bourdonnements et d'attaques d'épilepsie, fut guéri par l'insufflation de Politzer.

Il y a dans ce fait une excitation du labyrinthe se propageant au bulbe, où existerait un véritable centre épileptogène.

On peut faire agir ce centre en excitant un quelconque des nerfs se rendant au bulbe :

Le *trijumeau* (Brown-Séquard).

Le *pneumogastrique* dans toutes ses portions : d'où la variété d'origine des attaques d'épilepsie.

Certaines épilepsies peuvent tenir à une compression de la circonvolution cérébrale où naît le nerf acoustique.

L'épilepsie peut être due à l'alcoolisme (épilepsie chimique de

Magnan); à l'intoxication par les ptomaïnes provenant des résidus de la nutrition; à des troubles de l'excrétion urinaire; à l'envahissement microbien.

L'intensité de l'attaque dépend des variétés d'excitation et de la facilité d'excitabilité. Il se produit des phénomènes d'irradiation multiples de grande, moyenne ou faible intensité, d'où déséquilibre et perte de la mémoire.

Il n'existe aucune différence dans l'attaque épileptique due à ces différentes causes.

Le diagnostic est donc impossible si l'on ne recherche pas la cause; il faut bien savoir que toutes les épilepsies sont symptomatiques.

Discussion.

M. NOQUET : L'épilepsie d'oreille est rare, le vertige est plus fréquent.

M. GELLÉ : L'idée physiologique de Boucheron ne prévaut pas contre l'idée clinique; la grande épilepsie est et reste une entité.

Il faut dire : crises épileptiformes liées à... et non : épilepsie.

Toutes les fois qu'il y a coïncidence d'épilepsie et de lésions auriculaires, ces lésions sont toujours graves et suppuratives.

M. SUAREZ cite un cas qui lui est personnel : un malade avait depuis 12 ans de l'épilepsie ayant débuté 2 ans après une méningite, et étant survenue en même temps que des troubles du côté de l'oreille.

L'oreille examinée fit voir un polype, si on venait à le presser, aussitôt une attaque d'épilepsie. Ces attaques étaient plus fortes à la suite de nettoyages d'oreille, si le malade se couchait du côté du polype et pendant l'été. — Opéré de son polype il y a 7 mois, ce malade n'a plus eu une seule attaque.

M. BOUCHERON : La quantité des excitations provoquées par des lésions minimes et causant l'épilepsie est considérable.

M. BARATOUX demande dans quel état était la caisse dans le cas de M. Noquet.

M. BOUCHERON : Il n'y avait qu'une simple inflammation de la trompe par suite de coryza.

M. BARATOUX n'a jamais eu l'occasion de rencontrer ces attaques.

M. GELLÉ signale la susceptibilité du conduit auditif externe, et a vu des pachyméningites péri-auriculaires dans les cas de grandes destructions de la caisse.

M. SUAREZ DE MENDOZA, d'Angers, fait une communication sur:
Le gonflement de la muqueuse de la trompe avec ou sans rétrécissement, cause de constriction, et les procédés employés pour le vaincre.

Si le gonflement est considérable, l'auteur combine le cathétérisme avec le procédé de Politzer.

Mais, dans certains cas, il est nécessaire de laisser une sonde à demeure.

Il est bien difficile de faire rester une sonde plus d'une heure en place. Pour remédier à cet inconvénient, l'auteur a cherché un procédé qu'il expose.

Il prend une sonde en gouttière, glisse dans la gouttière une bougie; le rétrécissement une fois franchi, il fait glisser une tige cylindrique entre la sonde et la bougie. La bougie est ensuite laissée en place et fixée près des narines.

Dans certains cas, on peut faire usage de la galvano-caustique.

Conclusions.

1° Si le passage est facile, employer le cathétérisme et le procédé de Politzer;

2° Si la perméabilité est perdue, user de la bougie;

3° Si le rétrécissement est infranchissable, employer la galvano-caustique chimique en faisant passer un courant de un demi à un milli-ampère.

Discussion.

M. MIOT dit avoir soigné des enfants et n'avoir jamais eu besoin de dilater la trompe.

Il réclame la priorité de la dilatation prolongée pour Bonnafond.

M. SUAREZ ne dilate pas la trompe chez les enfants, mais se sert du cathétérisme et du procédé de Politzer.

M. MIOT : Il suffit de décongestionner l'arrière-pharynx pour décongestionner la trompe; ce simple moyen prévaut sur tous les autres.

M. MOURE : Il faut tenir compte du naso-pharynx.

M. MIOT n'est pas partisan de la galvano-caustique, si ce n'est dans les rétrécissements très accentués. Il cite des cas de stricture osseuse.

M. E. BERGER, de Gratz, lit une étude sur les *maladies des*

sinus sphénoïdaux qui se traduisent surtout par de la céphalalgie.

Il montre l'évolution et la production de ces maladies. Une carie et la nécrose des cornets se produisent ; une partie des os se détache, il y a hémorrhagie, quelquefois mortelle, ou abcès rétro-pharyngien, thrombose des sinus et de la veine ophthalmique et perforation de la paroi inférieure du sinus sphénoïdal.

Il montre la série des accidents qui se produisent lorsque successivement la pie-mère, le cerveau, les cavités naso-pharyngiennes, le crâne, l'orbite, sont envahis.

On observe alors de la céphalalgie ; des attaques épileptiformes, tous les symptômes de tumeur cérébrale.

La perforation du corps de sphénoïde produit l'écoulement du liquide sous-arachnoïdien, la blessure de la carotide interne, la compression, la déchirure du nerf optique ; si le trou ovale est intéressé, de l'anesthésie des 2^e et 3^e branches du trijumeau.

Parmi les faits les plus intéressants, il faut noter un rétrécissement du champ visuel temporal, puis concentrique, des phénomènes de névrite et d'atrophie du nerf optique ayant une grande importance dans le diagnostic.

La marche des maladies des sinus dépend de l'épaisseur des parois qui sont loin d'être égales, ainsi que l'auteur le montre par des coupes de crânes et des dessins.

M. MOURE demande si la céphalalgie a un siège fixe.

M. BERGER : Elle est frontale et orbitaire de préférence et à type névralgique.

M. GELLÉ n'a pas entendu l'auteur mentionner l'ozène parmi les symptômes des maladies des sinus.

M. BERGER répond que son travail n'a en vue que la démonstration de la marche des maladies des sinus sphénoïdaux, et que son désir est surtout d'attirer l'attention sur ces affections.

TROISIÈME SÉANCE. — 28 avril 1888.

La séance est ouverte à 9 heures 1/2 du matin.

M. JOAL, du Mont-Dore, fait la lecture d'un travail sur la *céphalée de croissance*.

L'auteur commence par décrire cette céphalée qui se caractérise par un mal de tête persistant, avec inaptitude au travail, tristesse, vertiges, cauchemars.

Il énumère les différentes théories qui ont été données pour expliquer cette céphalée.

Blachez croit à une disproportion cérébrale, amenant une insuffisance de l'intelligence.

Keller et Charcot y voient une névrose douteuse.

Les oculistes réclament pour eux la céphalée et lui donnent une origine oculaire : elle serait due à une anomalie de la réfraction.

Vient alors le tour des rhinologistes qui, avec Hack, en 1883, montrent que les maux de tête de la puberté sont dus à une affection nasale et disparaissent par une intervention opératoire.

M. Ruault a, depuis, signalé une observation de céphalée, avec gonflement de la muqueuse du nez et sans hypertrophie cardiaque.

Voici des faits à l'appui de l'opinion des rhinologistes :

1° Un jeune homme à antécédents arthritiques se plaint de cauchemars, de vertiges. Il a de l'acné, de la sécheresse du nez, des éternuements.

L'examen des fosses nasales montre une pituitaire tuméfiée et en touchant le cornet on détermine de la céphalalgie et des éternuements.

Le pharynx est normal.

On traite le malade au galvanocautère et on badigeonne ensuite à la cocaïne.

Amélioration immédiate.

Il revient quelque temps après avec de l'herpès préputial. On le soumet au même traitement : guérison définitive.

Le second fait est relatif à une fillette de 14 ans présentant des phénomènes analogues et issue de parents arthritiques. Le même traitement est suivi du même succès.

Chez cette fillette, à chaque période menstruelle, il y avait recrudescence de la céphalée.

Conclusions :

De ces faits on peut conclure :

1° Que le traitement local améliore la céphalée et la guérit.

2° Que l'influence irritative génitale est des plus évidentes puisque les récidives et la recrudescence ont coïncidé, d'une part, avec l'herpès préputial, et, d'autre part, avec les règles.

Existe-t-il là une simple coïncidence ou un rapport?

Mackenzie, en 1884, a déjà mentionné les relations existant entre le nez et l'appareil reproducteur.

Moi-même, dans un mémoire sur l'épistaxis, j'ai fait un parallèle entre la congestion menstruelle et l'érection de la pituitaire.

La masturbation, les habitudes vicieuses, en retentissant sur le nez, ne seraient-elles pas les causes de la céphalée? causes auxquelles l'irritation physiologique de la puberté est un adjuvant puissant.

Discussion :

M. NOQUET : L'éruption de la muqueuse nasale n'est pas la seule cause pouvant amener la céphalée. Il existe des cas plus complexes : à l'affection nasale se joint une otite moyenne simple.

M. MOURE demande où est le siège exact de la céphalalgie.

M. JOAL : Elle est préfrontale et, en pressant sur le trajet du nerf orbitaire, on peut la faire naître. La céphalalgie postérieure semble être plutôt en rapport avec une affection du pharynx ou du naso-pharynx.

M. MOURE a vu des coryzas acquis, accompagnés de rétention des matières et d'inflammation du sinus frontal, donner naissance à une vive céphalalgie sus-orbitaire.

M. JOAL dit que, dans les 2 cas qu'il a signalés, il n'y avait rien dans les autres organes, et que la muqueuse nasale n'était pas enflammée, mais tuméfiée.

M. BOUCHERON croit la question beaucoup plus complexe : il s'agit d'un véritable substratum clinique. A côté d'un état général diathésique, il y a des manifestations locales, portant plus spécialement sur un organe et retentissant sur le cerveau.

Il cite comme céphalée d'origine locale la céphalée par rhumatisme des procès ciliaires.

Il conclut en disant qu'il faut unir le traitement général au traitement local.

M. SCHIFFERS : L'état général est en effet quelque chose, le meilleur critérium est le traitement.

Dans ces cas de céphalées d'origine nasale, le siège de la douleur est constant : elle existe à la racine du nez, au niveau du sinus frontal et rappelle les céphalées gastriques.

Les céphalées auriculaires que signale M. Noquet sont surtout latérales, temporales ; elles accompagnent la tuméfaction de

la trompe, la dépression du tympan. Il y a une sensation de resserrement du crâne.

M. NOQUET : Il est difficile de faire préciser au malade le siège exact de la douleur.

M. HERYNG attire l'attention sur le diagnostic de la cause de la céphalée et montre combien il est difficile de diagnostiquer des affections des sinus sphénoïdaux, qui ne se révèlent que par des maux de tête, et cela le plus souvent. Quelquefois il s'y ajoute du catarrhe ou de l'hypertrophie de la muqueuse, du larmolement.

Le mieux est d'explorer avec un stylet, après avoir cocaïnisé : on perce la paroi du sinus très facilement ; il s'écoule du pus, du sang et des débris osseux.

Cette intervention est quelquefois suivie d'une recrudescence des maux de tête, et de fièvre et de frisson ; mais la guérison a lieu rapidement.

Par cette méthode, M. Heryng a vu, deux semaines après l'opération, sortir un polype muqueux obstruant l'orifice du sinus, et le malade a été guéri rapidement.

Mieux vaut faire cette opération que d'enlever les cornets inférieurs. Si, dans la perforation de la paroi du sinus, il y a quelquefois une aggravation des symptômes pendant quelques semaines, elle n'entraîne pas les mêmes inconvénients que l'arrachement des cornets.

M. NOQUET devait faire une communication au sujet d'un *fibrome de la paroi inférieure du cornet inférieur gauche* ; mais, ayant eu des doutes sur la nature réelle de la tumeur, il relatera une observation d'abcès chronique développé dans un moignon d'amygdale.

Il s'agissait d'une malade de 20 ans qui, opérée à l'âge de 6 ans pour hypertrophie des amygdales, présentait depuis 6 mois une douleur considérable à la déglutition. En examinant le moignon du côté gauche et en pressant de bas en haut, il sortit du pus. Une exploration plus complète montra l'existence d'une petite cavité. Après anesthésie à la cocaïne, une incision fut faite parallèlement au pilier. L'amélioration fut notable, mais une récurrence s'étant produite, le galvano-cautère fut cette fois promené en divers sens sur le moignon et l'abcès guérit.

Le pus n'ayant pas été mis de côté, la recherche des bacilles n'a pas été faite.

Discussion.

M. HÉRYNG a vu deux cas analogues, mais le diagnostic fut fait au moment de l'ablation. L'amygdale adhérente au pilier, le pus décomposé siégeait dans une cavité du volume d'une noisette et à parois lisses.

M. MOURE demande si, dans l'amygdalotomie, l'hémorrhagie n'est pas à craindre chez l'homme.

M. NOQUET signale un cas d'hémorrhagie terrible qu'il a vu se produire chez un enfant de 6 ans. L'hémorrhagie n'a eu lieu que le lendemain de l'opération.

M. SCHIFFERS, revenant à la question des abcès chroniques, explique la douleur à la déglutition par une véritable constriction imprimée par le pilier à une amygdale qui n'est plus mobile et ne peut plus remonter lors des mouvements de déglutition.

M. MOURE, ramenant la discussion sur les hémorrhagies consécutives à l'amygdalotomie, dit que, pour un insuccès, il ne faut pas rejeter une méthode.

M. Noquet avait-il prescrit un traitement à faire après l'opération?

M. NOQUET avait simplement conseillé l'eau froide.

M. MOURE, comme Morell Mackenzie, prescrit la glace en même temps que des applications de tanin et d'alun.

M. HÉRYNG cite Solis-Cohen qui, sur 10,000 amygdalotomies, n'a eu que 4 morts.

Schmidt et Michel n'emploient pas l'amygdalotomie; mais, avec une anse galvano-caustique, ils n'ont jamais eu d'insuccès.

Quant à M. Héryng, ayant tenté le procédé chez un étudiant, mal lui en prit, il se produisit le lendemain une hémorrhagie qui mit le malade en péril. L'examen de l'amygdale montra des vaisseaux de dimensions énormes et en quantité considérable.

Les gargarismes ont l'inconvénient de faire ouvrir les vaisseaux. Il faut mettre de la glace dans la bouche.

M. MÉNIÈRE, dans 500 ablations d'amygdales faites avec l'amygdalotome, n'a jamais eu d'accident; il tamponne le moignon avec du jus de citron pur, ou avec de l'essence de térébenthine.

M. GELLÉ, ayant eu également un accident, emploie, depuis, la méthode de Saint-Germain.

On scarifie les amygdales avec le thermo-cautère en deux ou

trois séances, sans provoquer d'inflammation l'amygdale diminue de volume.

M. CHARAZAC a employé ce procédé chez l'adulte, il n'est pas très douloureux.

M. NOQUET fait de même et n'a jamais vu se produire les escarres, les hémorrhagies consécutives qui se produisent avec l'anse.

M. MOURE a vu survenir, chez les enfants, après l'emploi du thermo-cautère, des phlegmons rétro-pharyngiens et des phlegmons péri-amygdaliens.

M. SCHIFFERS pense que la déglutition du sang joue un grand rôle dans la production des hémorrhagies; les efforts de vomissement font tomber les escarres d'où hémorrhagie consécutive.

M. MÉNIÈRE, de Paris, lit une *Observation d'un cas de céphalée quotidienne datant de 2 ans, guérie par la cautérisation nasale et l'ablation des masses adénoïdes*.

La malade qui fait le sujet de cette observation présentait tous les symptômes qui se montrent dans les cas de tumeurs adénoïdes de l'arrière-pharynx. La céphalée fut guérie par des pointes de feu faites sur le cornet inférieur hypertrophié.

Réflexions.

1° Influence de la présence des masses adénoïdes sur la santé générale et sur l'hypertrophie des cornets.

2° Effet curatif de la cautérisation ignée.

3° Importance capitale d'un examen approfondi pour différencier ces cas d'une affection cérébrale.

Discussion.

M. GELLÉ : Tous nous avons vu la migraine soulagée par le traitement nasal.

M. MOURE lit une observation sur un cas d'abcès chaud de la cloison des fosses nasales, ayant donné tous les symptômes d'un érysipèle de la face et s'étant terminé par un écoulement de pus et de sang sans débris osseux ou cartilagineux.

Un affaissement du dos du nez succéda à la maladie.

L'examen du nez avait montré, dans la période aiguë, un épaississement bilatéral de la sous-cloison assez prononcé pour boucher les narines.

L'auteur signale ce fait à l'interprétation de ses collègues.

M. BOUCHERON expose des faits sur l'action de la corde du tympan sur la gustation.

Dans les opérations pratiquées pour la mobilisation de l'étrier, il arrive fréquemment que l'on blesse la corde du tympan.

Les effets obtenus sont un engourdissement de la moitié latérale de la langue dans son 1/3 antérieur, une sensation styp-tique semblable à la sensation que donne l'application des électrodes sur la langue.

M. Boucheron a pourtant vu des faits négatifs dans lesquels l'excitation ne produisait aucune sensation gustative.

Discussion.

M. NOUET, dans deux cas de perforation du tympan, a pu, en excitant la corde, produire des fourmillements et une sensation métallique dans le 1/3 antérieur de la partie latérale de la langue; il en a conclu à la présence de filets gustatifs et de filets sensitifs dans la corde du tympan.

M. BOUCHERON termine en comparant la sensation gustative nette que donne l'excitation du tympan avec les sensations moins franches que donnent les divers nerfs sensoriels excités.

P. GASTOU.

Section allemande d'otologie.

Travaux de la section d'otologie du Congrès de Wiesbaden du 18 au 22 septembre 1887.

Altérations du labyrinthe dans la rougeole, par Moos. — Ces altérations portent sur les vaisseaux lymphatiques et les vaisseaux sanguins. Dans les lymphatiques, la lymphe se coagule, les cellules s'accumulent; elles remplissent aussi les canaux demi-circulaires et le limaçon. L'endothélium subit la dégénérescence graisseuse. Pour les vaisseaux sanguins, la destruction au niveau des canalicules de Havers et du ligament spiral est presque complète. De là la dégénération colloïde de la moelle des os et des névroses partielles. Les muscles subissent la dégénérescence cireuse; les nerfs deviennent gélatineux et par places entièrement atrophiés;

les cellules de la membrane de Corti sont également dégénérées. Malgré l'intensité de ces lésions, Moos fait pourtant remarquer que, bien que les complications auditives de la rougeole soient fréquentes, la surdité durable est très rare après cette maladie. La réparation est donc possible.

Aprosexie, par GUYE. — Guye donne ce nom à l'impossibilité qu'ont certains malades atteints d'affections nasales de fixer leur attention. Des enfants atteints de végétations adénoïdes, de polypes, ne peuvent, par exemple, parvenir, tant qu'ils n'ont pas été débarrassés par une opération, à apprendre leurs lettres. Souvent ils se plaignent en même temps de douleurs de tête, d'étourdissements. Guye explique ces troubles par l'augmentation de pression dans les lymphatiques de la muqueuse nasale. Les lymphatiques cérébraux qui communiquent avec eux ne peuvent plus s'y dégorger. Cette stase entraîne l'aprosexie.

Roller a vu, de son côté, des névralgies dues à des affections nasales.

Jehn est plutôt disposé à admettre une influence sur la nutrition générale qu'une stase locale. Il a vu des phénomènes analogues à l'aprosexie sans aucune affection du nez ou des oreilles.

Kystes de l'oreille, par HARTMANN. — Les kystes constitueraient la majeure partie des affections décrites sous le nom d'hématomes de l'oreille. Chez trois malades observés par Hartmann, la tumeur avait été absolument spontanée, sans traumatisme, sans inflammation. L'incision ne donna que du sérum clair, citrin, sans trace de sang ni de détritits quelconque. Guérison parfaite. L'examen bactériologique du liquide recueilli fut sans résultat.

Fischenich observa chez un tuberculeux un kyste de l'oreille qui fut guéri par le massage. Hessler obtint une autre guérison par le même procédé.

Kessel croit à l'existence d'une bourse séreuse normale à la partie antérieure du pavillon. Il a vu dans de gros kystes des granulations.

Keimer a vu un kyste survenir après des douleurs de la

tempe et un herpès préauriculaire. N'y a-t-il pas eu en ce cas une influence vaso-motrice?

Opération des tumeurs du pharynx, par HARTMANN. — Hartmann préfère le thermocautère, dont l'action est plus énergique, au galvano-cautère. Il se sert, pour porter le couteau sur la tumeur, de l'entonnoir de Zaufal. Il a pu, par ce procédé, détruire en six semaines, sans hémorrhagies abondantes, sans douleurs excessives, un fibrosarcome chez un jeune homme de 21 ans.

Gottstein préconise au contraire le galvano-cautère en employant le même entonnoir.

Katz a pu enlever une tumeur du pharynx par le seul moyen du doigt.

Maladies de l'oreille et maladies générales, par WOLFF. — Les maladies de l'oreille sont le plus souvent sous la dépendance d'une affection générale. En outre de l'influence bien connue de la tuberculose, des fièvres éruptives, de la syphilis, Wolff insiste sur le rôle de la pneumonie dans la production des otites moyennes. Le rhumatisme peut frapper les articulations des osselets. L'endocardite, dans un cas observé par lui, a déterminé une thrombose de l'artère auditive interne. La chlorose, l'anémie, la métrite, les intoxications par le tabac, le plomb, le mercure, sont une source fréquente d'affections du labyrinthe.

Le cholestéatome de l'oreille, par KUHN. — Les cholestéatomes de l'oreille sont non pas des humeurs de rétention, mais de véritables néoplasmes. Il faut les traiter comme tels et les enlever complètement quand cela est possible; mais on ne doit jamais faire d'extirpations partielles avec la cuiller tranchante.

Moos insiste sur le développement que les prolongements de la tumeur peuvent parfois atteindre, et conseille de mettre à les poursuivre, surtout vers l'apophyse mastoïde, la plus grande prudence.

Carie du rocher avec prolapsus cérébral, par KUHN. — Un enfant de 5 ans présenta, à la suite d'une carie du rocher, une perforation par où sortit une tumeur large de six centimètres et demi sur quatre centimètres et demi et trois cen-

timètres. L'aspect de cette tumeur, la faiblesse de ses pulsations, l'absence de tout trouble cérébral, même par pression énergique, l'examen histologique d'un morceau de la superficie, firent croire à un sarcome. Ce n'est qu'au cours de l'extirpation qu'on reconnut un prolapsus cérébral. Il n'y eut ni pendant ni après l'opération de troubles cérébraux. Pendant 18 jours l'évolution fut très favorable, mais une méningite survint et finit, le 28^e jour, par emporter le malade. L'autopsie montra que cette méningite avait pour point de départ un foyer de carie récent et ne devait pas être attribuée à l'opération. Kuhn rappelle, d'ailleurs, quelques faits de prolapsus cérébraux, suites de traumatismes, où l'on a pu enlever avec succès la portion herniée.

Les affections de l'apophyse mastoïde dans l'enfance, par HESSLER. — Ce sont des maladies infectieuses, et plus l'on agira vite, plus l'on aura de succès. Dans les formes périostéales l'incision simple suffira; mais quand il y a ostéite il faut attaquer profondément l'os au ciseau.

Infections à point de départ auditif, par HESSLER. — Ce travail, analysé dans les *Annales*, dans le numéro de mars 1888, a suscité à la société une discussion. Katz vit des accidents analogues produits par le speculum auris, Kessel par des solutions de cocaïne non rendues aseptiques par du sublimé ou du camphre, par des tampons de coton.

Les microorganismes dans les affections de l'oreille et du pharynx, par ROHRER. — Dans les suppurations de l'oreille, le seul microbe trouvé fut le staphylococcus pyogenes albus. Dans les affections de la cavité nasopharyngienne, on rencontra le staphylococcus pyogenes aureus, citreus et albus, le chlostridium butyricum, bacille de la fermentation butyrique. Ce bacille joue peut-être un rôle important dans la production de l'ozène; plusieurs fois les cultures d'agar-agar devinrent ainsi très fétides. — Dans un cas de lupus avec ozène on trouva à plusieurs reprises dans les cultures un champignon blanc, le mucor ramosus. A. F. PLICQUE.

PRESSE ÉTRANGÈRE.

Laryngite syphilitique hyperplasique, par le Dr JACOB, de Leed, Société pathologique de Londres (*The Lancet*; in *Monatschrift für Ohren.*, 1887).

Enfant atteint de syphilis congénitale. Toux, enrouement, bientôt signes de sténose glottique. Trachéotomie, mort le jour même. Les lésions étaient situées au-dessous des cordes vocales.

La lumière du larynx est réduite à une fente circonscrite par la muqueuse épaissie, en forme de bourrelet, se terminant brusquement.

Au microscope, hyperplasie conjonctive, hypertrophie glandulaire. Dilatation des vaisseaux. Poumons, un peu de broncho-pneumonie hépatite interstitielle fibreuse.

Prolapsus du ventricule de Morgagni, par G. W. MAJOR, de Montréal (*N. Y. med. journal*, 1887; in *Monatschrift f. Ohrenh.*, 1887).

L'auteur rapporte 5 observations concernant 3 syphilitiques et 2 phthisiques.

Analogie entre le croup (laryngite striduleuse) et l'asthme par MORTON (*Lancet*, 22 janvier 1887; in *Monatschrift für Ohrenheilkunde*).

Ce point fut discuté à la Société harvéienne. Sous le nom de croup, il s'agit ici de laryngite striduleuse. Morton combat l'opinion de ceux qui y voient un processus inflammatoire avec paralysie, un trouble de l'innervation. Cette maladie a beaucoup d'analogie avec l'asthme dans son début, son évolution, ses causes d'apparition, etc. Charles West a, du reste, observé que l'enfant, sujet à la laryngite striduleuse, devenait plus tard asthmatique.

Ulcération syphilitique du larynx, trachéotomie, mort par asphyxie par enlèvement de la canule, par J. EISCHBERG *Cincinnati Lancet*, 1886; in *Internat. centralbl. f. laryng.*, 1887.

Le malade qui, depuis six à huit semaines, portait sa canule et se trouvait soulagé, toussait et suffoquait seulement un peu

le matin; ayant enlevé sa canule pour la nettoyer, il ne put la remettre et il mourut asphyxié.

L'autopsie fit découvrir une tumeur allongée, pédiculée, naissant du ventricule gauche et saillant dans la lumière du larynx, formant soupape et ayant vraisemblablement causé la mort.

Le streptococcus de Fehleisen dans l'érysipèle du larynx, par D. BIONDI (*Riforma med.*, 1886; in *Internat. Centralblatt für laryngol.*, 1887).

Biondi a trouvé, dans un cas d'érysipèle du larynx, le streptococcus décrit par Fehleisen. Mais Biondi ne le tient pas pour pathognomonique, puisqu'il le rencontre aussi dans la métrite puerpérale, le phlegmon et dans des abcès. Ses travaux ont été faits à Berlin.

Abcès retro-pharyngé. Mort par compression des voies aériennes, par TURNER (*London Lancet*, 1887; in *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1887).

Un enfant de 3 mois, syphilitique, souffrant de dyspnée, qui finalement nécessita la trachéotomie. Mort, peu de temps après. L'autopsie montra un abcès gros comme une grosse noix, en arrière de l'œsophage et de la partie inférieure du pharynx. Il est remarquable que, dans ce cas, l'enfant avala facilement jusqu'à la fin.

Folie diphtérique, par MONTEFUSCO (*Archives italiennes de laryngologie*; in *Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1887).

Au quatrième jour d'une diphtérie, survinrent des accès aigus de manie chez un homme de 33 ans, une mobilité dans les idées, confuses, délire de persécution, avec conceptions mélancoliques, alternant avec la folie des grandeurs et la terreur de la mort. Agitation et surexcitation génésique.

Cet état dura quatre jours avec hypothermie. Avec la guérison de la diphtérie disparurent les troubles intellectuels, et tout fut considéré comme terminé au bout de deux semaines et demie.

Montefusco rappelle un cas semblable de Lombroso. Il y voit une dépendance de la diphtérie.

Diphtérie et scarlatine, par HEUBNER (*Société méd. de Leipzig*; in *Internat. cent. f. laryng.*, 1887).

Il distingue quatre formes de diphtérie scarlatineuse : 1° les

cas tout à fait bénins ou les taches et les stries foncées d'une exsudation jaune crémeux, ou analogues à l'exsudat cutané apparaissent le deuxième ou le troisième jour ordinairement, quelquefois le premier, rarement plus tard que le troisième, et disparaissent rapidement; 2° les cas à marche foudroyante; 3° la diphtérie scarlatineuse « pestilentielle »; 4° ceux à marche rapide. Dans la première catégorie de faits, la lésion est insignifiante, l'épithélium même reste souvent intact; dans les autres cas, il y a nécrose de la muqueuse avec ou sans exsudat (cas mixtes, nécrotiques et inflammatoires). Dans les cas où survient la nécrose, on trouve le microbe décrit par Löffler, dont la pénétration dans le courant sanguin et les vaisseaux lymphatiques détermine l'infection générale.

Mort subite après l'excision de la luette, par W. W. TOMPKINS (*Med. Record N. Y.*, 19 juin 1886; in *Intern. Centralbl. f. Laryng.*, 1887).

Il s'agit d'un sujet atteint d'une affection du cœur, qui se plaignait de dyspnée légère et de chatouillement dans la gorge. Le Dr Tompkins trouve une luette énorme, venant titiller la base de la langue. Le patient craignant une opération, il lui prescrit un gargarisme; mais le jour même, sur la demande du malade, il lui sectionna la luette, et le malade se trouva soulagé. Quelques minutes plus tard il était mort. Il y avait eu une légère hémorrhagie. L'auteur attribue la mort au cœur. Vraisemblablement l'opération, par l'émotion et l'excitation qu'elle cause, en fut l'occasion. Ajoutons que le père du sujet était mort trois ans avant dans des circonstances aussi bizarres.

Sarcome mélanique de la voûte palatine et du voile du palais, par GUSSENBAUER, de Prague (*Prager med. Wochenschrift*, 1886; in *Intern. Centralbl. f. laryng.*, 1887).

Le 4 février 1882, on enleva la tumeur au thermocautère; le 16 février 1886, opération d'une récidive qui occupait le voile, la plus grande partie de la voûte palatine, les deux amygdales, les piliers antérieurs, le pilier postérieur droit et une portion de la muqueuse rétro-pharyngée du même côté; guérison.

Hémiatrophie saturnine de la langue, par E. REMACK (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1886; in *Intern. Centralbl. f. laryng.*).

Un homme de 41 ans, s'étant exposé beaucoup et inconsidérément à l'action du plomb, présentait en même temps qu'une

paralysie saturnine des extrémités supérieures une double paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs et internes, une parésie du voile du palais à droite, et une hémiatrophie linguale droite, ainsi qu'un léger ptosis à droite et la perte des réflexes papillaires des deux côtés. L'auteur cherche à démontrer que, dans ce cas, il faut admettre une exception à la règle, qui veut que la paralysie saturnine avec participation de la musculature du larynx n'atteint pas les nerfs cérébraux, et il croit que l'hémiatrophie linguale et les troubles oculaires dépendent aussi de l'intoxication plombique. D'après Bæcker, qui examina le larynx, les cordes vocales étaient en adduction permanente, de sorte que, dans l'inspiration profonde, les apophyses vocales ne s'écartaient l'une de l'autre que de 2 millimètres seulement. Pendant la phonation, les cordes vocales flottaient et s'écartaient de façon à produire une fente ovale.

Anévrysme de l'artère carotide externe gauche dans sa partie supérieure. Rupture dans le pharynx, par MARTIN F. COOMBS (*The med. Herald Louisville-Ky*, février 1886; in *Intern. Centralbl. f. Laryng.*, 1887).

C'est une observation très rare et très intéressante; il s'agit d'une femme qui souffrait de fréquentes et pénibles hémorragies que la compression de la carotide ne pouvait arrêter. La mort survint dans une hémorrhagie. A l'autopsie, on trouva que le sac anévrysmal était situé au niveau de la partie supérieure de la carotide interne, était enclavé entre l'angle du maxillaire et la portion cervicale de la colonne vertébrale, s'étendant presque jusqu'à la base du crâne. Il n'était séparé du canal carotidien que par un intervalle de un demi-centimètre seulement. L'anévrysme avait 4 centimètres et demi de longueur. On ne mentionne aucune lésion locale ni syphilis.

Pour toutes ces analyses, p. τ.

NOUVELLES.

L'Association médicale britannique tient sa 56^e réunion à Glasgow les 7, 8, 9 et 10 août 1888. Voici la composition des bureaux des sections d'otologie et de laryngologie.

Otologie. — Th. Barr, président; J.-A. Bloxam et J.-J.-K. Duncanson, vice-présidents; J. Macfie et J. Black, secrétaires.

Laryngologie et rhinologie. — F. Semon, président; G. Hunter Mackenzie et P. Mc Bride, vice-présidents; D. Newman et A.-E. Garrod, secrétaires.

L'Association laryngologique américaine tiendra sa 10^e réunion annuelle à Washington les 18, 19 et 20 septembre 1888. Cette session se confondra, pour la première fois, avec un grand Congrès des médecins et chirurgiens, qui réunira toutes les branches de la médecine et de la chirurgie. Le président de l'Association laryngologique est le Dr Rufus P. Lincoln. Le président de la Société otologique est le Dr Jon. S. Prout.

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864, contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 grammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigr. de phosphate.

OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES.

La curabilité de la phtisie du larynx et son traitement chirurgical, par T. HERING, traduction de F. SCHIFFERS (Librairies Carré, Paris, et Manceaux, Bruxelles).

Études d'anatomie pathologique des néoplasmes laryngiens-papillomes, par R. NORRIS WOLFENDEN et SIDNEY MARTIN (J. et A. Churchill, Londres).

Note anatomo-pathologique sur un polype de l'oreille, par G. MASINI (Ext. de *Bollet. delle mal. della gola*, etc., 1888).

Centres moteurs corticaux du larynx; études expérimentales et cliniques, par G. MASINI (Extr. des *Arch. ital. di laryng.*, an VIII, fasc. 2).

Treize cas de croup traités par le tubage, par RAMON DE LA SOTA Y LASTRA (Chez Diaz y Carballo, gavidia, 5, à Séville, 1887).

Deux cas d'œsophagotomie pour extraction de corps étranger, par RAMON DE LA SOTA Y LASTRA (Extr. de la *Rev. méd. de Séville*, t. 12, n° 1).

Ablation d'une exostose du conduit auditif externe, par STONE (Ext. de *Liverpool med. chir. Soc.* 1888).

De la cocaïne dans les maladies de la gorge et des fosses nasales, par E. URUNUELA (E. Teodoro, Madrid).

Epistaxis génitale, par JOAL (Ext. de la *Rev. mensuelle de laryng.*, etc., n° 2 et 3, 1888).

Des maladies des cavités du sphénoïde et de l'ethmoïde, et de leurs rapports avec les maladies des yeux, par E. BERGER et J. TYRMAN (chez Bergmann, Wiesbaden).

Sous presse :

Phtisie laryngée, par A. GOUGUENHEIM et P. TISSIER (chez G. Masson).

Le Gérant : G. MASSON.

